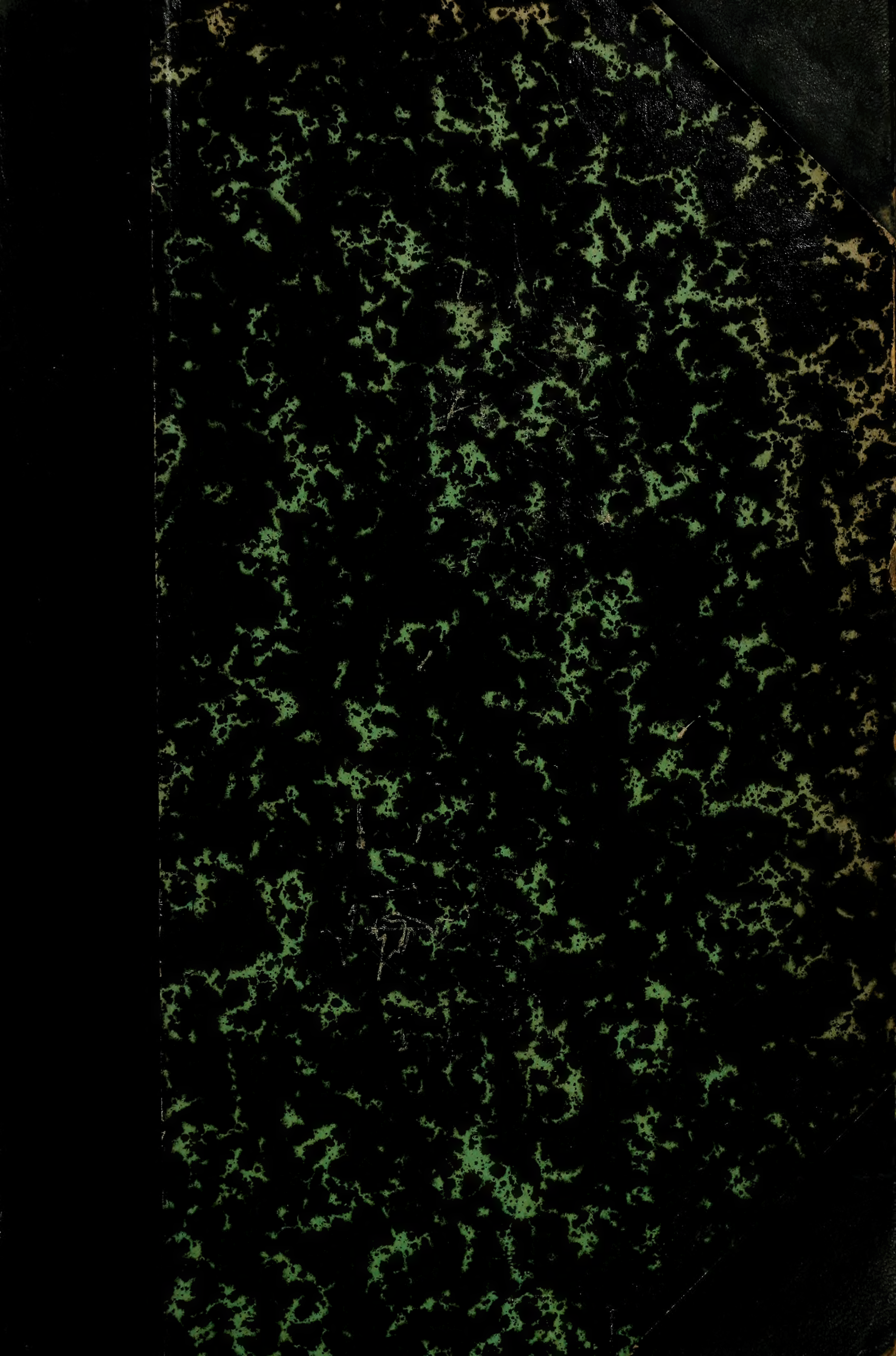
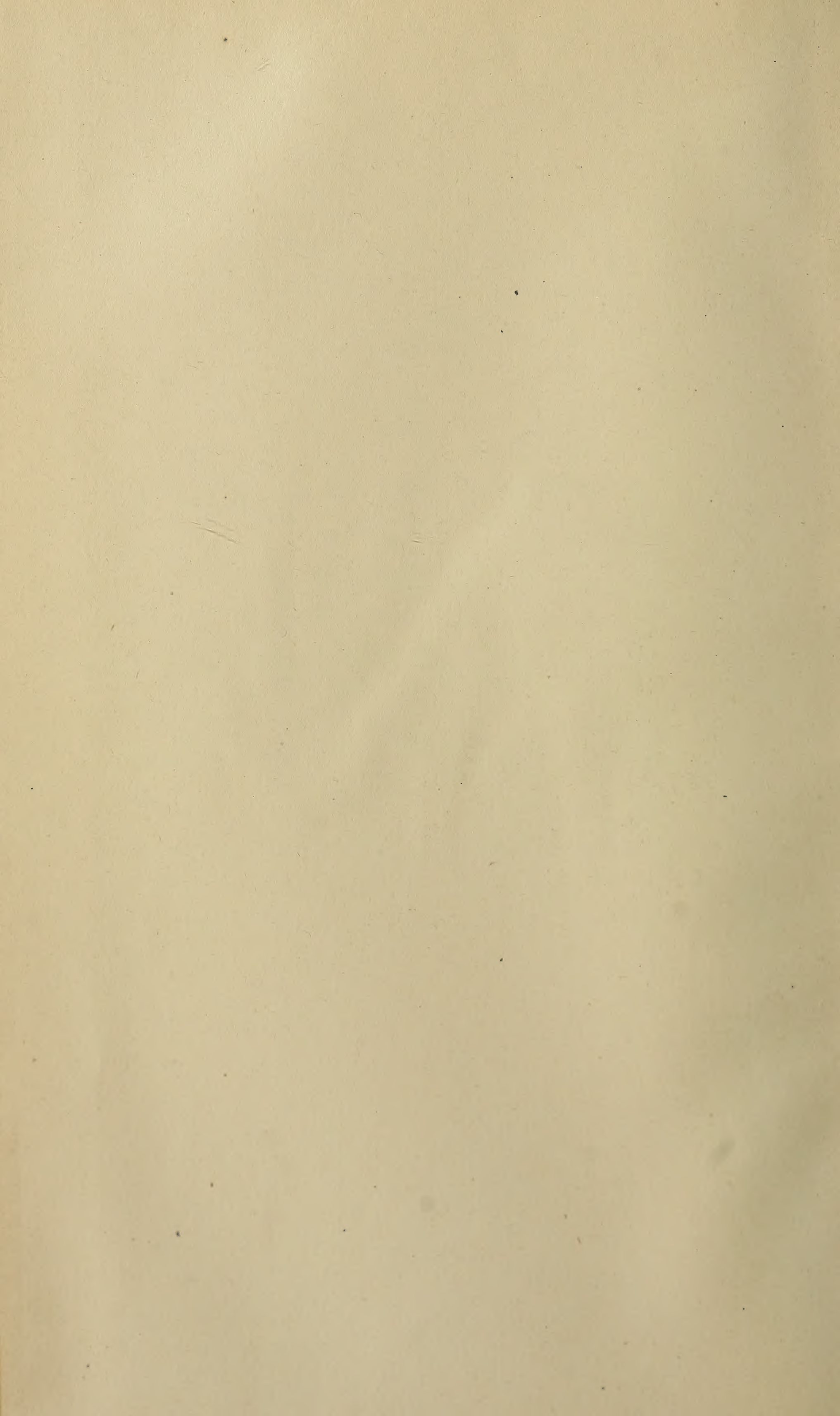
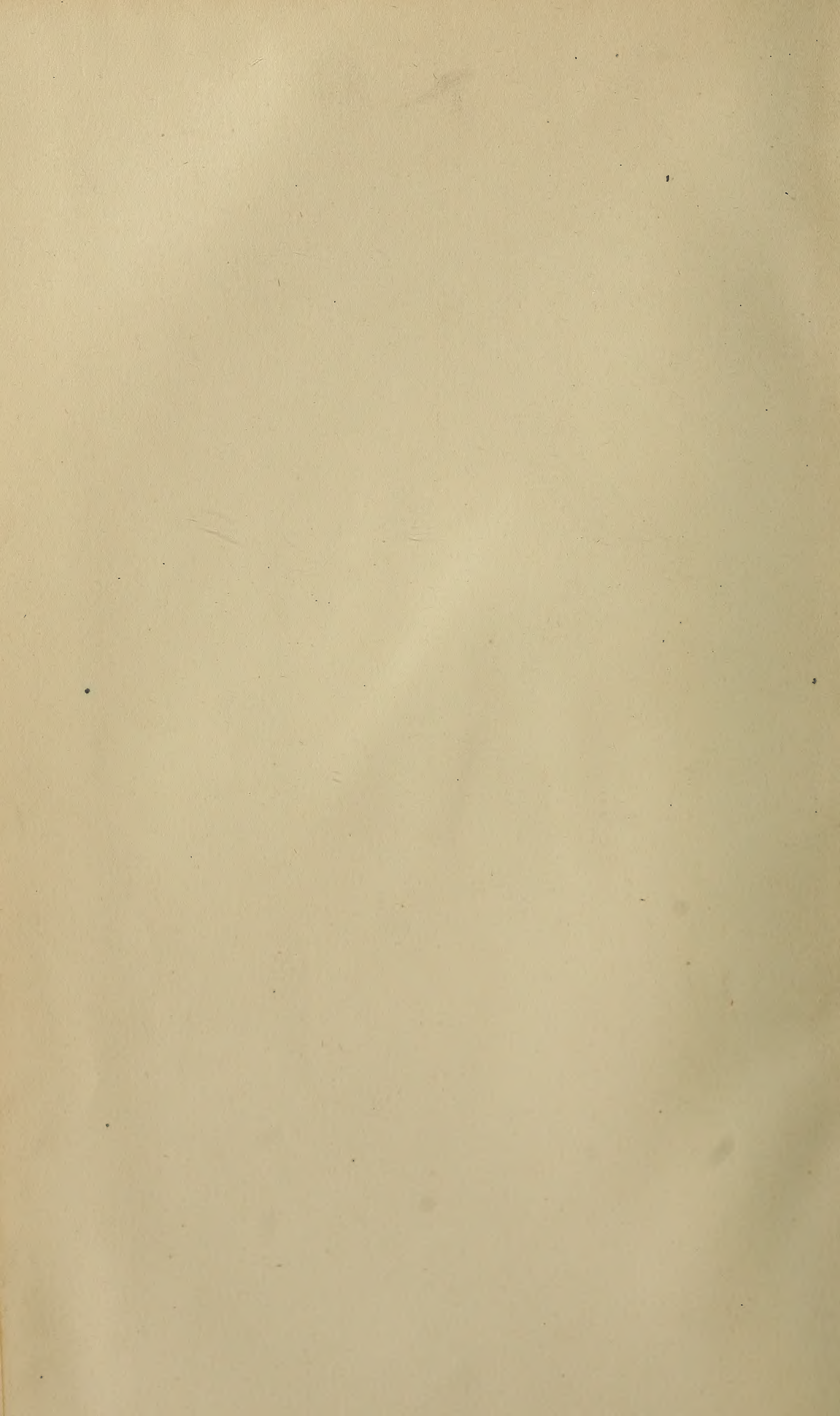










# HANDBUCH

DER

# KRANKENVERSORGUNG

UND

# KRANKENPFLEGE

HERAUSGEGEBEN



VON

Dr. **GEORG LIEBE**, Dr. **PAUL JACOBSOHN**, Dr. **GEORGE MEYER.**

ERSTER BAND.

BERLIN 1899.

VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.

NW. UNTER DEN LINDEN 68.

# Inhalts-Verzeichniss.

## I. Band.

### Erste Abtheilung.

## Zweite Abtheilung.

### I. Specialkrankenhäuser.

[1]) Jetzt in Braunfels, Kreis Wetzlar.

[1]) Jetzt in Obernigk bei Breslau.

# HANDBUCH

DER

# KRANKENVERSORGUNG

UND

# KRANKENPFLEGE

HERAUSGEGEBEN

VON

Dr. **GEORG LIEBE**, Dr. **PAUL JACOBSOHN**, Dr. **GEORGE MEYER**.

ERSTER BAND.

I. ABTHEILUNG.

BERLIN 1898.

VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.

NW. UNTER DEN LINDEN 68.

# Vorwort.

Motto:
Aegroti salus summa lex esto.

Der ausserordentliche Aufschwung, welchen die allgemeine Culturentwicklung am Ende des 19. Jahrhunderts genommen hat, ist mit besonderer Deutlichkeit erkennbar an der Art, wie man in unsern Tagen in den verschiedenen Staaten für denjenigen Theil der Bevölkerung Sorge trägt, welcher aus irgend einem Grunde der thätigen Hilfe der Mitmenschen bedarf. Noth und Elend ist zu allen Zeiten vorhanden gewesen und es hat niemals und nirgends an Leuten gefehlt, welche, den Wechselfällen des Lebens ausgesetzt, sei es in wirthschaftlicher oder gesellschaftlicher oder gesundheitlicher Beziehung, in Gefahr und Bedrängniss geriethen. Zu allen Zeiten waren auch diese Mitglieder der Bevölkerung, welche zur Zeit durch ihre Nothlage verhindert waren, selbst in geeigneter Weise für sich zu sorgen, auf die Hilfe ihrer in besserer, sicherer und gefestigterer Lage befindlichen Mitbürger angewiesen. Die Hilfsbereitschaft des einen Menschen dem andern Menschen gegenüber ist ja auch eins der allernatürlichsten Verhältnisse und zeigt sich schon auf den niedrigsten Culturstufen, sowohl in grauer Vorzeit wie bei den wilden Naturvölkern der Gegenwart.

Zu den gewaltigsten Feinden des Menschen zählten seit Urbeginn der Hunger, die Krankheit und die Unterdrückung seitens der Mitmenschen. So lange es gesittete Zustände und Völker giebt, hat man darnach gestrebt, unter Anspannung der äussersten Kräfte der jeweilig Besten und Begabtesten der Bevölkerung, die von diesen furchtbaren Feinden bedrohten Personen zu retten. Stets war man bemüht auf der einen Seite die Gefährdeten zu schützen und auf der anderen Seite die bereits Geschädigten zu stärken und ihnen wieder aufzuhelfen.

Gegen die Schädlichkeiten und Schädigungen auf wirthschaftlichem, materiellem Gebiete ist eine wirksame Hilfe möglich ausschliesslich durch den Aufwand von Geldmitteln und durch zweckentsprechende Geldunterstützung; es fällt diese Aufgabe dem Thätigkeitsgebiete der

vorbeugenden und der helfenden Armenpflege zu. Gegen sittliche und gesellschaftliche Schädigungen und Schäden werden die Bestrebungen im Erziehungs-, Bildungs- und Besserungswesen ins Feld geführt. Die Fürsorge für die Erhaltung der Gesundheit, besonders bei den gesundheitlich Gefährdeten bildet das eigentliche Arbeitsfeld der Gesundheitspflege, während die Fürsorge für die bereits an ihrer Gesundheit geschädigten, für die bereits Erkrankten die Aufgabe der Krankenpflege darstellt.

Wenn heute nicht selten die Meinung zum Ausdruck gebracht wird, das Zeitalter des Altruismus sei noch in ferner Zukunft und es herrsche in unserer Zeit ausschliesslich ein brutaler Egoismus, welcher unser ganzes Leben und unsere ganze Weltanschauung durchdringe, so brauchen wir demgegenüber nur auf den gegenwärtigen Standpunkt der genannten Gebiete hinzuweisen, um in überzeugender Weise darzuthun, dass wir doch schon in der Gegenwart zu einer sehr hohen Stufe altruistischer Denkweise und Bethätigung gelangt sind. Denn alle diese grossen Schaffensgebiete haben mit der emporblühenden Entwickelung der Cultur eine achtunggebietende Vervollkommnung und Ausgestaltung erfahren; sie sind zu besonderen umfangreichen Arbeits- und Wissensfächern herangewachsen, und ihr weiterer Ausbau wird von allen Seiten mit regem Eifer betrieben. Die grössten Erfolge zeigen sich aber auf den beiden Gebieten, welche uns als Aerzte ganz besonders interessiren, weil es sich hier um speciell medicinische Disciplinen und um die Sicherung und Förderung der menschlichen Gesundheit handelt, auf den Gebieten der Gesundheitspflege und der Krankenpflege, über deren Umfang und zu lösende Aufgaben man in unseren Tagen andere und viel weitergehende Auffassungen gewonnen hat, als in früherer Zeit. Nicht nur hat es die medicinische Wissenschaft verstanden, sich die epochemachenden Errungenschaften auf dem Gebiete der Technik, die fundamentalen Entdeckungen im Bereiche der exacten Naturwissenschaften zu Nutze zu machen und zu segensreicher Anwendung zu bringen, sondern die fortgeschrittene geistige und sittliche Veredlung der Ansichten über Welt und Menschen hat sich immer grössere Kreise erobert, so dass auch die ausgedehnte Verbreitung menschenfreundlicher Gesinnungen erheblich dazu beitragen konnte, die Gesundheitspflege und die Krankenpflege auf das gegenwärtige Niveau zu erheben.

Was nun im Besonderen die Krankenpflege, deren eingehender Darstellung das vorliegende Handbuch gewidmet ist, anlangt, so muss zunächst mit Nachdruck betont werden, dass, während man in früheren Zeiten genug zu thun glaubte, wenn man dem Kranken das dürftigste Obdach und die zur Erhaltung des Lebens allernothwendigsten Lebensmittel verabreichte, um ihn nicht gerade Hungers sterben zu lassen, man

heute sich aufs sorgfältigste bemüht, eine nach wissenschaftlichen Grundsätzen geordnete Krankenpflege durchzuführen und den Kranken unter die erreichbar besten Lebensbedingungen zu bringen, um seine möglichst vollkommene und möglichst baldige Wiederherstellung zu fördern. Die glanzvollen Fortschritte, welche die Medicin in der Diagnostik der Krankheiten gemacht hat durch Entdeckungen wie die Auscultation und Percussion, die chemischen Untersuchungsmethoden und die bacteriologische Forschung, hatten zu einer bedeutenden Ausbildung der specialistischen ärztlichen Technik geführt, und veranlasst, dass für eine Reihe von bestimmten Krankheitsgruppen „Specialärzte“ sich absonderten. Mit der weitergehenden Aufhellung der verschiedenartigen Krankheitsursachen folgte dann die Erkenntniss, dass auch die Krankenpflege als ein wichtiger Theil der Krankenbehandlung für die eine Gruppe von Krankheiten anders gehandhabt werden müsse als für die andere Gruppe von Erkrankungen. Man ging daran, an Stelle der früher üblichen allgemeinen Krankenhäuser in grösserem Umfange die Errichtung von Specialkrankenanstalten ins Werk zu setzen, um die Pflege der Kranken verfeinern und den besonderen Erfordernissen der betreffenden Erkrankungen entsprechend gestalten zu können. Was die ansteckenden Krankheiten anlangt, so lassen sich derartige Sonderbestrebungen auf dem Gebiete der Krankenpflege schon in früheren Jahrhunderten verfolgen; dieselben waren zunächst durch die Nothwendigkeit hervorgerufen worden, die an bestimmten Infectionskrankheiten Leidenden möglichst von den Gesunden abzusondern, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern.

Während aber früher die Aufgabe dieser Sonderkrankenanstalten allein darin bestand, die Kranken abzusperren, haben wir einen bedeutsamen Fortschritt der Krankenversorgung darin zu erblicken, dass wir heute nicht mehr nur für die Gesunden sorgen wollen, indem wir die Kranken entfernen, sondern dass wir uns auch bemühen, in den Sonderkrankenanstalten die Kranken selbst möglichst zweckmässig und möglichst gut zu verpflegen. Und darin liegt ja gerade die wesentlichste Aufgabe der Krankenpflege im Gegensatz zur Gesundheitspflege. Die Sonderkrankenanstalten früherer Zeiten waren Anstalten der Gesundheitspflege, die heutigen Sonderkrankenanstalten sind Krankenpflege-Anstalten. Die auf wissenschaftliche Erkenntniss gegründete und nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten geregelte Krankenpflege ist somit eine jüngere Tochter der Medicin als die Hygiene, und verhält sich zu dieser Wissenschaft ähnlich wie etwa die pathologische Anatomie zur normalen.

Da sich nun die moderne Krankenpflege die Aufgabe stellte, den Kranken während der ganzen Dauer seiner Krankheit unter die denkbar günstigsten äusseren Bedingungen für seine Wiederherstellung zu versetzen, musste sie nach allen Seiten Umschau halten nach Hilfs-

mitteln aller Art, welche sie für die Erreichung ihrer Ziele verwenden konnte. Die Fortschritte der Technik mussten dienstbar gemacht werden, um dem Kranken ein höheres Maass von Behaglichkeit darzubieten; durch Schaffung eines gut ausgebildeten Wartepersonals, gut vorgebildeter Aerzte, durch weitgehende Förderung des Krankenpflegeunterrichts musste die personelle Fürsorge für den Kranken auf eine möglichst hohe Stufe gebracht werden. Bei der ausserordentlichen Entwickelung des öffentlichen Verkehrs im Zeitalter des Dampfes und der Elektricität musste ferner dafür Sorge getragen werden, insbesondere auch dem Verunglückten schnelle und zweckmässige Hilfe zu gewähren und der Ueberführung des Erkrankten oder Verwundeten aus dem Getriebe des Verkehrs an den Heilungsort besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden, da gerade in der Gegenwart, wo der Staat als solcher durch die socialpolitische Gesetzgebung für die Wiederherstellung hilfsbedürftiger Kranker eintritt, es besonders wichtig erscheint, dem Kranken nicht nur das Leben zu fristen und zu erhalten, sondern ihn wieder in den Zustand möglichst vollkommener Erwerbsfähigkeit zu versetzen.

Es ist daher leicht verständlich, dass man in der letzten Zeit mit besonderem Eifer den Ausbau der Krankenfürsorge für diejenigen Bevölkerungskreise ins Auge fasste, welche durch die Eigenart der beruflichen Bethätigung besonderen gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt sind und daher in erhöhtem Maasse Erkrankungen aufweisen; es handelt sich dabei in erster Linie um alle Individuen, welche in industriellen und gewerblichen Betrieben arbeiten und bei der heutzutage so sehr verbreiteten Anwendung maschineller Einrichtungen leicht in Gefahr kommen, sich Betriebserkrankungen zuzuziehen.

Eine fernere Klasse der Bevölkerung, welche durch die Besonderheit ihrer Lebensverhältnisse ausgezeichnet ist, bilden die Angehörigen des Soldatenstandes. In Deutschland sind dank dem unermüdlichen Eifer der Militärverwaltung Einrichtungen für die Krankenfürsorge beim Heere geschaffen worden, welche vielen anderen Ländern zum Muster dienen. Schon das dauernde Zusammenleben Vieler unter gleichartigen Verhältnissen, welche dennoch von denen der übrigen Bevölkerung nach mancher Richtung hin abweichen, erfordert ja besondere Maassnahmen der Krankenversorgung, deren Nothwendigkeit in noch höherem Grade sich für den Fall eines Krieges ergiebt. Da bei den unberechenbaren Consequenzen der modernen Kriegstechnik die staatliche Kriegskrankenpflege kaum je den an sie herantretenden Anforderungen wird genügen können, besteht in fast allen civilisirten Staaten der Welt neben der staatlichen die freiwillige Hilfe, welche unter dem Banner des Rothen Kreuzes durch die Genfer Convention in bestimmter, für die einzelnen Staaten bindender Form festgesetzt ist. Besonders in Deutschland hat

das Rothe Kreuz eine kriegsvorbereitende Friedensthätigkeit entwickelt, welche sich auf zahlreiche Gebiete der Krankenversorgung und anderer gemeinnütziger Einrichtungen erstreckt und für die Zukunft eine immer segensreichere Thätigkeit erhoffen lässt.

Sodann war es nothwendig, für denjenigen Theil der Bevölkerung eine gesonderte Betrachtung zu gewinnen, welcher in besonders mangelhafter finanzieller, wirthschaftlicher Lage sich befindet, und somit wurde der Krankenfürsorge für Unbemittelte eine einheitliche Darstellung gewidmet. Es erscheint dies um so berechtigter, wenn man in Erwägung zieht, dass der unbemittelte Theil der Bevölkerung auch wieder unter ganz eigenartigen Lebensverhältnissen sich befindet, welche in erheblicher Weise von denen anderer Personen abweichen. Dasselbe gilt von denjenigen Mitgliedern der Bevölkerung, welche im Interesse der Gesammtheit für kürzere oder längere Zeit aus irgend einem Grunde der persönlichen Freiheit beraubt sind, für die Gefangenen. Ferner ist es auch erforderlich, der Krankenfürsorge in grossen Erziehungsanstalten, in Schulen, in Waisenhäusern besondere Aufmerksamkeit zu schenken, zumal es sich hier um jugendliche, unerfahrene, körperlich und geistig noch nicht genügend entwickelte Individuen handelt.

Wir haben geglaubt, in dem vorliegendem Werke nicht nur einen Gesammtüberblick über die Bestrebungen und Leistungen, welche in der Gegenwart auf dem Gebiete der Krankenpflege von hervorragendem Interesse sind, geben zu sollen, sondern es erschien uns, zumal zusammenhängende derartige Darstellungen bisher kaum vorliegen, auch angemessen, auf die allmähliche geschichtliche Entwickelung der Krankenpflege und Krankenfürsorge einzugehen. Es wurde daher der Schilderung der geschlossenen, der offenen und der socialen Krankenpflege der Gegenwart eine pragmatisch-historische Abhandlung vorangeschickt, und wir hoffen durch dieses Vorgehen das Verständniss für die heutigen Zustände auf dem Gebiete der Krankenpflege und Krankenversorgung zu fördern und zu vertiefen.

Desgleichen hielten wir es für wichtig, dem Rahmen des Werkes eine eingehende und vollständige Zusammenstellung aller einschlägigen Gesetze und Verordnungen einzufügen, um Jedem, der auf den betreffenden Gebieten zu arbeiten oder nachzuschlagen beabsichtigt, die Möglichkeit zu gewähren, alle in Betracht kommenden Bestimmungen in geeigneter Weise finden und auswählen zu können.

Am Schlusse des ganzen Werkes haben wir aus dem gleichen Grunde, um für fernere Arbeiten auf diesen Gebieten ein umfassendes Quellenstudium zu erleichtern, uns veranlasst gesehen eine möglichst erschöpfende Bibliographie der Krankenpflege zu gewinnen, wodurch vielseitigen Wünschen in zweckmässiger und bisher nicht vor-

handener Weise entsprochen sein dürfte. Wir haben aus diesem Grunde von besonderen Literaturangaben bei den einzelnen Abschnitten Abstand genommen und uns vielmehr bemüht, das bibliographische Capitel in recht übersichtlicher Weise zu gruppiren. Da es von vorn herein unmöglich erschien, alle Arbeiten, besonders aus dem Auslande, anzuführen, wurden Aufsätze aus ausländischen Zeitungen nicht angegeben, sondern nur diese selbst aufgeführt, sofern in ihnen bezügliche Arbeiten vorhanden waren.

Die Herausgeber sind sich angesichts der grossen Ausdehnung des zu behandelnden Gebietes und der weitgesteckten Ziele des Unternehmens wohl bewusst, dass noch viele Unvollkommenheiten dem Werke anhaften, manche Umgestaltungen erforderlich werden dürften. Sie hoffen aber dennoch, dass das Werk allen Denen, welche sich für das ganze Gebiet der Krankenpflege oder für einzelne Sonderfächer dieses Gebietes interessiren, bei ihren Arbeiten eine bleibende Unterstützung und eine zweckmässige Führung darbieten werde. Sie hoffen ferner, dass es zu immer neuer, segensreicher Bethätigung und Vervollkommnung auf den verschiedenen Arbeitsfeldern der Krankenpflege anregen und so ein Baustein in dem herrlichen und glänzenden Gebäude werden möge, welches eine hochentwickelte Cultur der hilfreichen Fürsorge für die elenden, siechen und kranken Mitmenschen errichtet hat.

Im Februar 1898.

**Die Herausgeber.**

# ERSTE ABTHEILUNG.

## Geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege.

Von

Kreisphysikus Dr. **Dietrich** in Merseburg.

### I. Die Krankenpflege im Alterthum.

Die Krankenpflege, d. h. die geregelte Darreichung und Beschaffung alles dessen, das dem Körper und Geist des Kranken nützlich ist und die Besserung der kranken Empfindungen wie der Krankheit überhaupt bezweckt, erscheint erst in den Ueberlieferungen der christlichen Zeit.

Nur vereinzelte Nachrichten weisen darauf hin, dass schon vor Christi Geburt Anstalten für Kranke und Gebrechliche vorhanden waren:

Das grosse metrische in der Pàlisprache geschriebene Geschichtswerk der Singhalesen, nach deren ersten Fürstendynastie „Mahawanio“ genannt, berichtet uns, das der König Pandukábhayo von Ceylon (um 437 v. Chr.) ein Hospital und eine Fremdenherberge angelegt und König Dutthagánimi († 137 a. Chr.) achtzehn mit Aerzten versehene Spitäler unterhalten habe in der alten Königsstadt Anarádhà-pura. Aehnliche Nachrichten über Hospitäler in Indien berichten die Inschriften Piyadasis oder Azokas, eines Zeitgenossen des Antiochos II. (reg. 261—246 a. Chr.) und des Ptolemaeus Philadelphus (reg. von 285—247 a. Chr.). Diese Spuren sind auf die dort herrschende Religion des Buddhismus zurückzuführen. Die von dem Königssohn Siddhàrtha aus dem Geschlecht der Sàkja hervorgerufene reformatorische Bewegung in Indien gegen den Brahmanismus und dessen Kastengeist, die unter dem Namen Buddhismus — nach Buddha: der Erweckte — bekannt ist, lehrte schon etwa 600 vor Christi Geburt die Verachtung der weltlichen Dinge, freiwillige Armuth, Monogamie, Unterricht der Jugend und thätige Nächstenliebe als die wichtigsten Mittel zur Veredlung der Menschen. Die Buddhistenpriester pflegten die Heilkunde mit grossem Eifer und gründeten Klöster und Hospitäler für Hilfsbedürfe jeder Art mit Niederlagen von Arzneien für Menschen und Thiere. Die Klöster sind geblieben, von den Spitälern dagegen verloren sich die Spuren. Im Uebrigen sind jene Nachrichten sehr unvollkommen, auch scheinen die erwähnten Hospitäler nicht Anstalten zur Behandlung von Kranken, sondern zur Unterbringung Bedürftiger überhaupt, auch Ar-

mer, Gebrechlicher, Bettler etc. gewesen zu sein, denen im Bedarfsfall auch Krankenbehandlung zu Theil wurde. So berichten die Annalen von Kaschmir, der König Meghavâna (24 p. Chr.) habe ein Agraharam (Kloster) erbaut. Eine seiner Frauen, Annitaprabba, habe ein hohes Vihara (Haus) für die Bettler des Landes errichtet. Lô, der Guru (Berather) des Vaters dieser Frau, sei dann aus einer entfernten Provinz des Landes gekommen und habe die Annitaprabba durch seinen beredten Zuspruch das grosse Spital zu Sossani (die Stupa für Elende) zu bauen veranlasst.

Selbst das Judenthum, dessen Religion die Barmherzigkeit (wenigstens gegen die Stammesgenossen) als ein Zeichen des Gerechten lehrt (Psalm 37,26. 41,1. 112,5 u. a.) und gebietet (3. Mose 19,17): „Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst, denn ich bin der Herr“, kennt die Pflege der Kranken nicht. Wenn Kassel auf Grund von 2. Kön. 15,5 und 2. Chron 26,21 glaubte, der (am Aussatz) erkrankte König Usia (792--740 v. Chr.) habe den Rest seines Lebens in einem Krankenhause zugebracht, der Ausdruck „Bet ha chofschit“ sei von Luther fälschlich mit „besonderem Hause“ übersetzt, so ist von Virchow dagegen hervorgehoben worden, dass jenes Haus nur ein Aussatzhaus gewesen ist, d. h. ein Isolirhaus, das durch die Priester nicht zum Zwecke der Krankenpflege, sondern zum Zwecke der Feststellung des Aussatzes besucht wurde.

Bethesda, das Haus der Barmherzigkeit in Jerusalem, war ferner nur dazu erbaut, dass die Kranken mit Ruhe und Bequemlichkeit die Zeit abwarten konnten, wo die der Heilung günstige Bewegung des Wassers zum Gebrauch des heilbringenden Bades und zum Hinabsteigen in den Teich aufforderte.

Auch die Tempel des Asklepios (Asklepieiai), in denen die Priester- und Aerzteinnung der Asklepiaden die Kranken berieth, und die von Kranken und deren Abgesandten im zweiten und ersten Jahrtausend a. Chr. n. zur *ἐγκοίμησις* (Incubatio, Schlafen am Fusse der Asklepiosstatue zum Zwecke der Heilung) und zur Consultation schaarenweise aufgesucht wurden, können nicht als Krankenhäuser gedeutet werden ebensowenig wie die in der Nähe des Tempels erbauten Herbergen, die für die Hilfesuchenden (*ἱκέται*) und die Diener des Tempels (*τοῦ θεοῦ δοῦλοι*) hergerichtet waren, wie sie z. B. Pausanias für den Tempel in Tithorea erwähnt. — Nach Albu Sâid Mansûr Ben Isra soll Hippokrates (geb. 460, gest. 377 a. Chr.), Sohn des Heraklides, der erste gewesen sein, der ein Hospital anlegte. Dieser berühmteste Asklepiade und Arzt des Alterthums bestimmte angeblich an einer Stelle eines in der Nähe seines Wohnhauses befindlichen Gartens einen besonderen Platz für die Krankenanstalt, stellte Diener an, die für die Heilung sorgten und gab der Anstalt den Namen „Xenodochium“. Schon der Name besagt, dass jener Platz in erster Linie dazu diente, den Fremden, die den Hippokrates consultiren wollten, Unterkunft zu geben, aber nicht zur Behandlung ihrer Krankheit.

Antoninus Pius errichtete wohl in Epidaurus ein eigenes Gebär- und Sterbehaus neben der Asklepieia für die hilfesuchenden schwangeren Frauen, die beim Tempel von ihrer Stunde überrascht wurden, und für die Kranken, die sterbend zum Tempel kamen, doch wurden hier die Kranken weder behandelt noch verpflegt. Auch der auf der Tiberinsel bei Rom befindliche Tempel des Aeskulap, der von den Kranken aufgesucht worden sein soll, war nur eine Badeanstalt mit Poliklinik.

Vergegenwärtigen wir uns die Weltanschauung, die das klassische Alterthum beherrschte, so wird uns ohne Weiteres klar, dass selbst in der höchsten Kulturentwicklung der Griechen und Römer die Krankenpflege keine wesentliche Entwicklung oder Förderung gewinnen konnte. Da das Leben für die Gegenwart der Grundcharakter den griechischen und römischen Weltanschauung darstellte, war der Egoismus Lebensprincip.

Alles, was der Einzelne oder die Gesammtheit der Gemeinde und des ganzen Volkes that, geschah nur im eigenen Interesse. Wohl wurde die liberalitas als gut und edel gepriesen, aber alle Schenkungen für die Gemeinde, den Staat oder die Armen und Gebrechlichen dienten nur dazu, dem Namen des Schenkers den gewünschten Glanz zu verleihen. Was aus dem Armen wurde, den der um die Volksgunst buhlende, reiche Römer beschenkte, war nicht von Werth, wenn nur die Stellung und Familie des Gebers den Ruhm der That erntete. Plautus kennzeichnet diesen egoistischen und kaltberechnenden Sinn in seinem Trinummus (Act. II, Scene 2): „Um den Bettler macht sich schlecht verdient, wer ihm zu essen und zu trinken giebt, denn was er giebt, ist verloren, und dem Armen verlängert er nur sein Leben zu seinem Elende". Ebenso hielt man es unter der Würde eines verständigen Mannes, einem unheilbaren Kranken zu helfen.

Der Vater hatte das Recht, sein neugeborenes Kind auszusetzen oder zu tödten. Dagegen lag die Erhaltung der Gesundheit und Körperkraft der Sklaven und Gladiatoren ebenso im Interesse des Eigenthümers, wie die Wiederherstellung kranker Soldaten im Interesse des Staates. Es gab daher für diese drei Gruppen auch schon in der vorchristlichen Zeit bei den Römern gewisse Einrichtungen der Krankenfürsorge, im besondern Einrichtungen, die unsern Krankenanstalten schon sehr ähnlich sind, die sog. Valetudinarien.

Die reichen Römer hatten Krankenhäuser für ihre Landsklaven (Familia rusticana), die auf den Latifundien beschäftigt waren, und solche für ihre Stadtsklaven (Familia urbana). Es waren dies Anstalten, in denen die Erkrankten oder durch die Arbeit Erschöpften bis zur Wiederherstellung ihrer Erwerbsfähigkeit behandelt und verpflegt wurden, Anstalten des materiellen Interesses des Eigenthümers und nicht des Erbarmens. Die Familia rusticana gab z. B. dem Celsus Gelegenheit, in dem dazu gehörigen Valetudinarium seine Vorliebe für die Medicin praktisch zu bethätigen und seine medicinischen Kenntnisse zu verwerthen. Aehnlich war es mit den Gladiatoren, denen man auch besondere Aerzte für die Vormittagskämpfe mit den wilden Thieren, die Medici ludi matutini hielt.

Das römische Militärmedicinalwesen erfreute sich der besonderen Vorliebe und Gunst der Feldherren, wie der Caesaren. Schwerkranke Soldaten wurden in früherer Zeit der Pflege angesehener Familien und ehrbarer Matronen übergeben, denen man, die Kranken mochten genesen oder nicht, ihre Auslagen zurückerstattete. Einzelnen Feldherrn wurde besonders nachgerühmt, dass sie die verwundeten Soldaten in ihren Pflegschaften besuchten, so dem Germanicus, Trajan, Alexander Severus. Die unserem Krankenhaus oder Militärlazareth entsprechenden Valetudinaria castrorum reichen bis in die Zeit des Augustus zurück. Sichere Nachrichten über dieselben, wie über die Krankenställe für die Pferde (veterinaria) finden sich erst bei Hyginus (96—138 p. Chr.), einem bei der Castrometatio (= Intendantur) angestellten Beamten. Valetudinarien wurden errichtet, sobald 5—6 Legionen beisammen waren. Sie lagen links, die Veterinarien und die Schmiede rechts von dem durch die Porta praetoria gebildeten Eingang. „Die Valetudinarien sowohl wie Veterinarien sollen je 60 Fuss lang und breit und hinreichend weit von einander entfernt sein, um Beunruhigungen der Kranken durch die geräuschvolle Arbeit der Schmiede zu verhüten. Jede der beiden Anstalten soll einem für 200 Mann bestimmten Lagerraum entsprechen.

Die im Valetudinarium beschäftigten Aerzte heissen: Medici a valetudinario, die ebenfalls Militärs waren, Rüstung tragen mussten und doppelten Sold erhielten. Auch bei der römischen Marine gab es besondere Aerzte.“ Neben den eigentlichen Aerzten wirkten die Optiones valetudinarii, Lazarethaufseher, Verwalter für die Beköstigung, Wäsche etc. Der Curator operis armarii, dessen Dienst mit dem eines Optio verbunden sein konnte, hatte wahrscheinlich für die Instandhaltung der ärztlichen Geräthe und Krankenpflegeutensilien (Instrumente, Verbandstücke, Arzneien) zu sorgen. Ihm standen als Gehilfen zur Seite „qui aegris praesto sunt“. Die oberste Leitung aller auf die Pflege der kranken Soldaten bezüglichen Angelegenheiten lag in der Hand des Praefectus castrorum.

Wir finden demnach im Alterthum einige Anfänge der Anstaltskrankenpflege bei den Völkerstämmen, die die buddhistische Religion angenommen haben, aber die Spuren dieser Anfänge verlieren sich wieder. In einzelnen Gegenden, wie in Kleinasien und Persien, mögen sie für die christliche Anstaltspflege vorbereitend gewirkt haben. Diese Krankenpflege hatte jedoch mit der Behandlung der Krankheiten zum Zweck der Heilung nichts oder nur sehr wenig zu thun. Meist handelte es sich um die Unterbringung, Beköstigung und Verpflegung Armer oder Hilfsbedürftiger. Hochkultivirte Völker, wie die Aegypter, Chinesen, Griechen und Römer kennen die Krankenpflege im modernen Sinne überhaupt nicht. Es lässt sich auch nicht aus dem Umstand, dass die Spanier nach Prescott's Bericht bei ihrer Ankunft in Mexico in der entwickelten Kultur der Azteken Hospitäler gefunden haben, ohne weiteres und mit Beweiskraft schliessen, „dass jede Kultur, die die Sitten bis zu einem gewissen Maasse mildert und eine mehr geschlossene Form der Gesellschaft herstellt, endlich auch zur Einrichtung von Krankenanstalten führt“. Abgesehen davon, dass auch über diese Hospitäler nichts Ausführlicheres verlautet, vielmehr zu vermuthen ist, dass es sich auch hier um Armenhäuser oder Herbergen gehandelt hat, schweigen jene Berichte von der Gemeindepflege oder der Krankenfürsorge vollkommen. Allein das Christenthum mit dem machtvollen Gedanken der selbstlosen Nächstenliebe, der Werthschätzung der Menschen an sich und der Betonung der Freiheit und Gleichheit aller Menschen vor Gott, hat die Krankenpflege und zwar zunächst nicht in der Anstaltspflege, wie die buddhistischen Völker, sondern in der Haus- und Gemeindepflege und später nach Jahrhunderte langem Wirken in dieser Thätigkeit in besonderen Anstalten zum Zweck der Unterbringung der Obdachlosen und zum Zweck der geschulten Pflege der Kranken geübt.

Krankenanstalten im modernen Sinne sind dann erst im 17. Jahrhundert, und später, durch die religiösen Krankenpflege-Genossenschaften begründet worden.

Die Pflege der Kranken galt bei den ersten Christen als eines der Gott gefälligsten Werke. Ihr widmeten sich anfangs alle Gemeindemitglieder ohne Unterschied, am meisten die Frauen. Das Gefühl der Zusammengehörigkeit in der christlichen Gemeinde vollbrachte dabei Grosses. Zu Beginn des Christenthums wurden von Heiden und Juden alte Formen entlehnt und im christlichen Sinne verwerthet, um den Heiden auf diese Weise den Uebertritt zu erleichtern. So wurden aus den Tempeldienern die

Diakonen der christlichen Kirche. Ihnen lag die Pflicht ob, neben der Leitung und Besorgung der gottesdienstlichen Veranstaltungen als Lehrer zu wirken und für die Armen und Kranken Sorge zu tragen, sie wurden dabei von ihren Angehörigen, im besonderen von den Frauen unterstützt. Die Apostel selbst richteten das Amt der Diakonie zuerst in der Gemeinde zu Jerusalem durch Bestellung von 7 Männern als Diakonen ein (Apostelgesch. 6). Auch einzelstehende Frauen wurden zur Liebesthätigkeit herangezogen, so rühmt Paulus die Phoebe, die Diakonin der Gemeinde Kenchrea, in ihrer Wirksamkeit (Römer 16, 1—2). Wenn auch die Diakonen zunächst gottesdienstliche Aufgaben zu erledigen hatten und vielleicht auch die ersten Diakoninnen in der Hauptsache weibliche Gottesdiensthelferinnen waren, so ist aus der Empfehlung der Phoebe, die Vielen Beistand gethan habe, auch dem Paulus selbst, nicht allein auf den kirchlichen und gottesdienstlichen Beistand zu schliessen, sondern auch auf die Pflege der Bedürftigen, Almosenvertheilung und den Dienst an den Armen und Gebrechlichen. Dasselbe gilt von den ancillae, quae ministrae dicebantur, die der jüngere Plinius, Statthalter von Bitthynien, ums Jahr 104 p. Chr. erwähnt als Christinnen, die besondere Beachtung verdienen wegen der auf der Folter erwiesenen Hartnäckigkeit ihrer Weigerung, den christlichen Glauben zu verleugnen. Diese Diakoninnen waren ehelos, während schon in der frühesten Zeit der christlichen Kirche auch die Wittwen überall da, wo die Diakonen, deren Angehörige und die weiblichen Diakonen nicht ausreichten, aus Dankbarkeit für die ihnen von der Kirchengemeinde geleistete Hilfe in der Armen- und Krankenpflege mitarbeiteten, wie es später der heilige Hieronymus ihnen ausdrücklich vorschrieb. Aus ihnen bildete sich nach und nach eine eigene Körperschaft (viduitas), deren Mitglieder das 60. Jahr erreicht, ihre Kinder oder Pflegekinder gut erzogen und sich durch Frömmigkeit und gute Werke hervorgethan haben mussten. Diese Frauen nannte man Diakonissen; sie hatten wohl zunächst nichts mit dem Gottesdienst, sondern nur mit der Armen- und Krankenpflege zu thun, während sie im Laufe der Zeit an Stelle der weiblichen Diakonen auch zur Unterstützung der Gottesdienste (Bewachung des Kircheneingangs für die Frauen, damit keine Unberufene eindringe, Hilfeleistung beim Austheilen des Abendmahls und Anderes) herangezogen wurden. Später nahm man auch jüngere Wittwen, dann Frauen und Mädchen in die Viduitas der Diakonissen auf, die vornehmsten Frauen, selbst Kaiserinnen bewarben sich um die Mitgliedschaft. Unter dem Bischof Johannes Chrysostomus in Konstantinopel (um 400 p. Chr.) erreichte das alte christliche Diakonissenthum seine höchste Blüthe, dem Bischof standen 40 Gemeindediakonissen zur Seite, von denen die hervorragendste die aus vornehmer Familie stammende junge Wittwe Olympias war. Gegen 600 p. Chr. erbaute der Patriarch von Konstantinopel, Cyriacus, ein Gevatter des Kaisers Mauritius, eine Kirche, die er zu Ehren seiner Schwester, einer Diakonisse, „die Kirche der Diakonissen" nannte. Dieselbe steht noch heute als türkische Moschee neben dem vorletzten Bogen der verfallenen Wasserleitung des Kaisers Valens.

Das Amt der Kranken- und Armenpflege in der Gemeinde reichte im Laufe der Jahrhunderte nicht mehr aus, um die immer steigenden Bedürfnisse und Nachfragen zu erfüllen. Die Pflege der Kranken in eigens dazu hergestellten Anstalten verdrängte allmählich die Gemeindepflege und mit ihr die Diakonissen, die vom 8. Jahrhundert an im Orient nicht mehr erwähnt werden. Im Abendland scheinen sie überhaupt nicht vorhanden gewesen zu sein.

Das Amt der Diakonen, die sich namentlich in den Jahren der zyprianischen Pest durch ihre Pflichttreue und aufopfernde Pflege der Kranken einen unsterblichen Namen gemacht haben, trat von der Gemeindepflege ganz zurück, zum Theil entarteten die Diakonen in Uebermuth und Laster, zum Theil wurden sie den sich nun immer mehr ausbildenden, aus wohlthätigen oder öffentlichen Fonds gegründeten

Herbergen, Armenhäusern und Wohlthätigkeitsanstalten für Fremde und Kranke vorgestellt, so dass der Name Diakonus mit dem eines Hospitalvorstehers gleichbedeutend wurde (Haeser). Man nannte daher auch jene Anstalten, wenn sie bei den Kirchen oder durch diese erbaut waren, „Diakonien". So bestanden im 9. Jahrhundert in Rom allein 24 solcher Diakonien, deren Vorsteher „Kardinaldiakone" genannt wurden. Derartige „Diakonien" oder „matriculae" waren mit den meisten Kirchen, kirchlichen Stiftungen und Klöstern verbunden. Die in den Klöstern vorhandenen „infirmaria" wurden in den grösseren, z. B. in Monte Casino, zu vollständig eingerichteten Hospitälern. Daneben entstanden auch öffentliche Wohlthätigkeitsanstalten; ursprünglich nur dazu bestimmt, Fremde zu beherbergen (Xenodochien), wurden sie mit der Zeit dazu verwandt, Arme, Kranke, Gebrechliche, Blinde, Lahme, Sieche jeder Art aufzunehmen.

Derartige Xenodochien allgemeineren Zwecks werden schon um die Mitte des III. Jahrhunderts in Sebaste und Cesarea beschrieben. Sie müssen damals in den christlichen Gemeinden als specifisch christliche, gewöhnliche und überall bekannte Einrichtungen gegolten haben, da das Nicäanische Concil ausdrücklich die Eigenschaften und Pflichten der Hospitalmeister festsetzte. Gregor von Nazianz hielt um 360 p. Chr. dem heidnischen Kaiser Julianus Apostata vor, dass er den Christen, die er immer so spöttisch behandele, das Erbauen von Fremdenherbergen und Spitälern nachmache. Allerdings erscheinen die Anstrengungen Julians, die Werke der christlichen Barmherzigkeit für das Heidenthum nutzbar zu machen, höchst merkwürdig. Er befahl zum Beispiel dem Erzpriester von Galatien, Arsazius, in allen Städten Xenodochien anzulegen. Hierzu sollten 30000 Modien Getreide und 60000 Sextare Wein für ganz Galatien verabreicht werden, von denen ein Fünftel die Priesterdiener und vier Fünftel die Fremdlinge und Armen erhalten sollten.

Daneben bestanden bei den Byzantinern auch Gerocomia (Altersversorgungshäuser), Brebotrophia (Findelhäuser), Orphanotrophia (Waisenhäuser), Lobotrophia (Aussatzhäuser), Ptochotrophia (Bettlerhäuser) und Nosocomia (eigentliche Krankenhäuser). Für die altchristliche Zeit ist es charakteristisch, dass der wohlthätige Zweck der Gründung, z. B. Aufnahme von Waisen, Findlingen, Blinden etc., nach und nach meist verallgemeinert wird zur Aufnahme von Kranken, Gebrechlichen und Armen jeder Art.

Kaiser Konstantinus II. (337—361) stellte ein vom heiligen Zotikus in Constantinopel gegründetes allgemeines Xenodochium wieder her. Das berühmteste Beispiel einer solchen alles umfassenden Anstalt wurde in der Zeit von 368—370 p. Chr. von dem heiligen Basilius, Bischof in Cäsarea (Cappadocien), gegründet, wahrscheinlich in Folge der grossen Hungersnoth und der allgemeinen Verbreitung des Aussatzes in Kleinasien. Die „Basilias" war einer ganz neuen, vor den Thoren der Stadt um eine Kirche herum mit Strassen, Plätzen und Handwerkerwohnungen gebauten und geordneten Stadt vergleichbar und umfasste Armenhäuser, Herbergen für Fremde, für alle Arten von Gebrechlichen, Asyle für gefallene Mädchen und abseits gelegene Krankenhäuser nebst den Krankenpflegern (nosocomi), Aerzten (bajuli), Führern und Heranbringern (ductores), sowie Handwerkern (artifices), die sämmtlich Beamte der Stiftung waren. Kaiser Valens schenkte ihr reiche Ländereien.

Marcianus und Chrysostomus gründeten in Constantinopel ähnliche Anstalten. Constantin und seine Mutter Helene errichteten an allen Wegen nach Jerusalem Xenodochien. Die Hospize zur Aufnahme hilfsbedürftiger Wanderer und Wallfahrer gehörten zu den ältesten Wohlthätigkeitsanstalten, zunächst waren es nicht besondere Häuser, sondern die Klöster und Wohnungen der Geistlichen im Allgemeinen, die auch damals und zum Theil noch heute in unwirthbaren Gegenden Südfrankreichs und der Schweiz jenen Namen führen. Dann wurden Anstalten nur mit dem Zwecke

gegründet, verirrten und erkrankten Pilgern Hilfe angedeihen zu lassen, namentlich in Gebirgen, an schwierigen Flussübergängen, an den Eingängen der Wüsten. Zu den wichtigsten Pflichten der Mönche des Berges Karmel gehörte die Ausrottung der wilden Thiere, die das Leben der Pilger bedrohten. Besondere Beamte oder Brüder des Hospizes waren dazu bestimmt, die Hilfsbedürftigen im Umkreis der Anstalt aufzusuchen und heranzuführen, das waren die Ductores oder parapempontes oder parabalani (parabolani) der ältesten christlichen Kirche. Sie waren in den grössten Xenodochien von Cäsarea, Merida und Alexandrien nicht allein dazu da, auf einsamen Strassen und von ausserhalb, sondern auch in den Winkeln der grossen Städte selbst die Kranken und Hilfsbedürftigen aufzusuchen und heranzuziehen. Nach Art der Stadtmissionare, Diakonen und Samariter der Neuzeit mussten sie die erste und augenblickliche Hilfe selbst leisten, daher auch einen grösseren Unterricht genossen haben und mit Rettungsapparaten, Verbandzeug, Heilmitteln etc. versehen sein. Dadurch wurden sie zu ärztlichen Pfuschern, die beim Proletariat in hohem Ansehen standen. Durch den fortgesetzten Umgang mit den niedrigsten Schichten des Volkes verrohten und entarteten sie, bis sie schliesslich nur noch eine Art handfester Leibwächter und Schergen für die Bischöfe und Klostervorsteher wurden. Cyrillus, Bischof von Alexandrien, ebenso bekehrungswüthend wie beutegierig, liess durch seine Parabalanen und Mönche im Jahre 415 eine Judenverfolgung in Scene setzen und unter Anderen auch die gelehrte und reiche Jüdin Hypatia erschlagen. Der Kaiser Theodosius erliess in Folge dessen das Gesetz (Cod. Theodosi. lib. XVI. tit. II. de episcopis et clericis lib. 42), dass die Parabalani im Höchstfall 500 in einer Stadt sein sollten, dass sie aus den Theatern, Gerichtssälen etc. verbannt würden und die Käuflichkeit der Stellen abgeschafft werde. Freilich setzte es Cyrillus schon im Jahre 418 wieder durch, dass durch ein anderes Gesetz (tit. II. lib. 43) die Zahl der Parabalani bis auf 600 vermehrt wurde. Unter Cyrillus Nachfolger, Dioscoros, waren diese Parabalani nur noch Leibwache und Mordgesellen des Bischofs, der z. B. durch sie das ganze Concil in Ephesus (449) tyrannisirte, so dass es beschliessen musste, was er beantragte. Die Parabalani verschwinden sehr bald wieder aus der Geschichte. Aehnliche Verbrüderungen bestehen noch jetzt in den römischen Genossenschaften della perseveranza und della morte e orazione, die die Hilfsbedürftigen in den Herbergen aufsuchen, sie zu den Hospitälern bringen und die Todten aus der Campagna oft aus weiter Ferne herbeiholen, um sie in Rom zu bestatten.

Bemerkenswerthe Gründungen jener Zeit sind noch die der Fabiola, eines Abkömmlings aus dem alten und reichen Geschlecht der Fabier, die aus Reue über eine zweite, nach der Trennung von ihrem ersten ehebrecherischen Gemahl eingegangene Ehe in Rom ein Nosocomium erbaute und die Leidenden nach dem Bericht des heiligen Hieronymus († 420) selbst darin pflegte. Später gründete sie in Ostia (in portu Romano) im Verein mit einem ihr gleichgesinnten Römer und Priester, dem Wittwer Pammachius, ein Xenodochium, das wahrscheinlich auch nicht nur dazu bestimmt war, Pilger zu beherbergen, sondern auch Erkrankten die nöthige Pflege angedeihen zu lassen. Hieronymus selbst gründete ein Hospital in Bethlehem, seine Schülerin Paula mehrere Xenodochien an der Strasse nach Bethlehem. Zur Zeit des Palladius, der 401 Bischof in Hellenopolis (Bitthynien) war, befand sich in den Gebirgen Nitriens ein Hospital, auch legten die Mönche in jenen Wüsten und unwirthbaren Gegenden Toll- und Irrenhäuser an.

Edle Frauen aus den Geschlechtern der Fabier, Emilier und Scipionen folgten dem Beispiel der Fabiola und gründeten in Jerusalem Xenodochien und Nosocomien. Ums Jahr 400 stifteten in Rom unter der Regierung des Arkadius und Honorius die beiden Patrizier, Florentius und Dexicrates, Anstalten für Kranke. Aus dem 5. Jahrhundert sind noch die Stiftungen durch die Päbste Symmachus, Zacharias, Sergius

und Stephanus II. zu erwähnen. In Rom entstanden damals auch die ersten Hospize für einzelne Nationalitäten, so für die Franken, Angelsachsen und Deutschen. Die Gemahlin des Theodosius (Eudoxia, gestorben 440) errichtete in Jerusalem Kirchen, Klöster und Hospitäler. Justinian (527—567) ordnete die rechtlichen Verhältnisse der Xenodochien und Hospitäler grösseren Umfangs und verlieh ihnen die Rechte kirchlicher Stiftungen. Auch erneuerte und vergrösserte er das von Sampson in Konstantinopel gestiftete Xenodochium und gründete hier noch andere Anstalten. So errichtete er in Gemeinschaft mit seiner Gemahlin Theodora, die selbst eine Hetäre gewesen sein soll, ein Kloster für gefallene Mädchen (*μετανοία*, Haus der Busse). Der Patriarch von Alexandrien, Johannes der Almosengeber (Eleiomosynarius), gründete im Jahre 610 p. Chr. sieben Gebäude zur Aufnahme armer Wöchnerinnen (die ersten Wöchnerinnenasyle). Auch der Pflege der Neugeborenen widmete man sich frühzeitig. Um dem Unwesen der Kinderaussetzung zu steuern, überliess schon Nerva dem Proletariat unentgeltlich Ländereien. Trajan überwies 5000 Kinder der öffentlichen Unterstützung. Die Pflege verlassener Kinder gehörte zu den wichtigsten Pflichten der Diakonissen. Später verordnete Konstantin, dass ein Jeder verpflichtet sein sollte, Neugeborenen Nahrung und Kleidung zu reichen, sobald er darum angesprochen würde. Eigentliche Findelhäuser (Brebotrophia) wurden erst seit dem Konzil zu Nicaea (325) allgemein eingerichtet. Der Name „Krippe“ (crêche) stammt von der in Frankreich seit dem 5. Jahrhundert nachweisbaren Sitte, die ausgesetzten Kinder in eine am Eingange der Kirchen befindliche marmorne Wanne oder Krippe zu legen.

## II. Die Krankenpflege im Mittelalter.

Während die Pflege der Kranken im Alterthum nicht als etwas Edles und Nachahmungswürdiges galt, sahen wir sie bei den ersten Christen als eins der Gott genehmsten Werke geachtet und überall geübt. Die Kirche, ihre höchsten Beamten und Diener wetteiferten mit den Kaisern und Vertretern der weltlichen Macht, um Anstalten einzurichten, in denen Kranke, Gebrechliche und Hülfsbedürftige jeder Art verpflegt werden konnten. Im Mittelalter entwickeln sich diese Stiftungen in vermehrter Weise, nehmen zum Theil bedeutenden Umfang an und wachsen vereinzelt zu einer seltenen Vollendung empor. Mit ihnen und in ihnen bilden sich zahlreiche, männliche und weibliche geistliche Orden, die die Krankenpflege zu ihrer Lebensaufgabe machen. Dann sucht sich das Volk der geistlichen Bevormundung, in die es durch die hierarchischen Bestrebungen der damaligen Kirche gerathen war, wieder zu entziehen, um die Anforderungen des Glaubens und religiösen Bekenntnisses durch Werke der Liebe und Barmherzigkeit mehr nach den Bedürfnissen des Herzens als nach den Vorschriften der Kirche zu erfüllen. Es bildet sich eine grosse Anzahl von Laien-Verbrüderungen und Vereinigungen zum Theil mit ganz freien, zum Theil mit strengeren, den geistlichen Orden entlehnten äusseren Formen, deren Mitglieder sich der freien Liebesthätigkeit, zumeist ausschliesslich der Pflege der Kranken hingeben.

Auf diese Weise ist die Geschichte der Krankenpflege des Mittelalters eng verknüpft mit der Geschichte der geistlichen und weltlichen Krankenpflege-Genossenschaften.

### a) Hospize, Xenodochien.

Eigentliche Krankenanstalten, d. h. Gebäude und Einrichtungen, die die Heilung der aufgenommenen Kranken bezweckten, gab es zunächst nur ganz vereinzelt im Morgenlande, im Abendlande jedoch (nach Muratori) vor den Zeiten Karls des Grossen überhaupt nicht. Dafür entwickelten sich die Hospize als kleinere Anstalten zur Beherbergung von Pilgern und hilfsbedürftigen Reisenden und die Xenodochien als grosse Wohlthätigkeitsanstalten allgemeineren Zweckes und grosser Vielseitigkeit zur höchsten Blüthe.

Die Hospize in den Alpen werden schon zur Zeit des Pabstes Hadrians I. (v. 772 bis 795) erwähnt als Einrichtungen, die unter dem besonderen Schutz des Kaisers standen. 825 gründete Ludwig der Fromme auf dem Mont Cenis und 962 der heilige Bernhard auf einem bis dahin dem Jupiter geweihten Passe der Schweiz ein Hospiz. Nach dem Gründer Bernhard Menthon, einem savoischen Edlen, wurde der ganze Pass „der grosse Sanct Bernhard" genannt. Das Hospizkloster wurde auf den Trümmern einer christlichen Kapelle aufgebaut, die Kaiser Konstantin an Stelle des alten Jupitertempels daselbst hatte errichten lassen. Die Insassen gehörten und gehören noch jetzt zu den Chorherren der regulirten Augustiner. Die vom Hospiz geübte grenzenlose Gastfreundschaft und aufopfernde Pflege Verunglückter, die mittelst der besonderen Rasse der Bernhardinerhunde aufgesucht wurden, ist allbekannt. 1160 gründete der steirische Markgraf Ottokar VII. in Zerenwalde am Semmering ein Hospiz, in dem auch Kranke verpflegt wurden.

Von den für einzelne Völkerstämme gestifteten Hospizen ist das angelsächsische in Rom eins der älteren. Es wurde im Jahre 718 von Ina, dem König der Angelsachsen, der sich nach seiner Abdankung nach Rom zurückgezogen hatte, im Anschluss an eine drei Jahre vorher erbaute Kirche gegründet für die angelsächsischen Pilger, und enthielt ausser einer Herberge, auch eine Schule und Krankenräume. König Offa vergrösserte die Stiftungen im Jahre 796. Im Jahre 817 brannte der Gebäudecomplex zum Theil, 847 vollständig nieder. Hospize errichteten Schotten und Irländer in Frankreich für ihre nach Rom pilgernden Stammesgenossen. Stephan I., Herzog von Ungarn, erbaute in Rom und Konstantinopel Hospize für seine Landsleute. Im Jahre 1094 gründete Robert, Graf von Flandern, in Rom ein Krankenhospiz für die Flamländer. Später unter Sixtus VI. (1471—1484) gründeten Lombarden ein ähnliches Hospiz für ihre Landsleute. In Rom waren ausserdem seit 1350 für Lucchesen, Bergamasken und Portugiesen, seit 1430 für Spanier ähnliche Anstalten vorhanden.

Noch im Jahre 1348 wurde in Rom ein Ospizio e archiospedale della santissima Trinitá de pellegrini-e-convalescenti nebst einer Brüderschaft von Filippo Neri gegründet, damit während der Jubeljahre die Pilger, für deren Zahl die vorhandenen Klöster und Hospize nicht ausreichten, drei Tage lang verpflegt werden könnten.

Ueber die Hospize, Xenodochien und ähnliche Anstalten kommen beachtenswerthe Bestimmungen schon seit dem 6. Jahrhundert in den longobardischen und fränkischen Gesetzen vor. Karl der Grosse bestimmte, dass sie cum consilio episcopi geleitet werden sollten. Er verordnete ferner in seinem Gesetzbuch, dass jede Ge-

meinde für ihre Armen sorgen solle, und erklärte die Hospitäler etc. für königliche Stiftungen, die er durch besondere Beamte (missi dominici) von Zeit zu Zeit inspiciren liess. Später kamen diese Anstalten in geistliche Verwaltung, jedoch sehr zu ihrem Nachtheil, so dass Clemens V. sie wieder Laien unterstellte. Unter Heinrich III. von Frankreich wurden sogar Geistliche, Adelige und Beamte ausdrücklich von der Verwaltung der Wohlthätigkeitsanstalten ausgeschlossen, da man die Ausschreitungen jener bekämpfen wollte.

Unter den ältesten Xenodochien des Mittelalters ist zu erwähnen das vom Bischof Masona in Merida im Jahre 580 gestiftete, das nach der Schilderung des Paulus Diaconus Emeritensis eins der grössten gewesen sein soll. Ferner das von Childebert I. und seiner Gemahlin Ultrogotha auf Veranlassung des Bischofs Sacerdos in Lyon 542 gestiftete, das 700 Jahre lang unter der Aufsicht von Laien stand und erst im Jahre 1308 der Geistlichkeit übergeben wurde. Im 7. Jahrhundert entstanden auch die Hospitäler (Xenodochien) in Rheims und Autun, sowie das Hôtel dieu in Paris, das ums Jahr 660 gegründet worden sein soll, aber erst im Jahre 829 als Hospiz genannt wird. Im Jahre 777 wird in Mailand das Hospital des Todone und 787 das Findelhaus des Dateo erwähnt, ferner das später zu grosser Blüthe sich entwickelnde Hospital Maria santa Maria della scala de Siena, die Stiftung des frommen Soror (geb. 832), der zugleich einen Hospitaliter- und Hospitaliterinnenorden gründete, und diesen, sowie das Hospital zu hohem Ansehen brachte. Erwähnenswerth sind auch die Stiftungen der Stadt Lucca. Dort gründeten im Jahre 718 unter der Regierung König Liutprands fromme Bürger eine Kirche zu Ehren des heiligen Sylvester nebst einem Xenodochium und einem Bade. Aehnliche Stiftungen entstanden dort in den Jahren 721, 757 und 847.

Im christlichen Morgenlande war das berühmteste Xenodochium das von Kaiser Alexius I. (1081—1118) in Konstantinopel errichtete „Orphanotropheion" („Waisenhaus"). Nach anderer Auffassung wollte Alexius mit seinen „Waisen" alle Hilfsbedürftigen bezeichnen. In der That war die Anstalt nach Art der „Basilias" in Caesarea, wie eine Stadt um die Paulskirche erbaut und bewohnt von etwa 10000 Hilfsbedürftigen jeden Alters, jeder Religion und jeder Abstammung. Die Pflege der Kranken lag zunächst allein den Geistlichen ob, doch betheiligten sich später die vornehmsten Personen, z. B. Anna Comnena, die Tochter des Alexius, die selbst hevorragende medicinische Kenntnisse besass, sowie Kaiser Manuel der Komnene. Eine ähnliche Stiftung war das von Kaiser Isaak II. (1185—1195) in Konstantinopel gegründete Hospital der „40 Märtyrer".

Das berühmte Xenodochium oder Hospital von Albrae in Frankreich, auf der Grenze dreier Provinzen (Guienne, Languedoc und Auvergne) gelegen, wurde ums Jahr 1120 von Alard, Vicomte von Flandern, gegründet, zum Andenken an einen glücklich zurückgeschlagenen Räuberangriff, von dem er auf der Rückkehr von einer Pilgerfahrt in jener rauhen einsamen Gebirgsgegend überrascht wurde. Diese Anstalt giebt ein Beispiel für die Vielseitigkeit eines Xenodochiums der damaligen Zeit. Sie enthielt 5 Klassen von Bewohnern: 1. Priester, 2. Ritter, um die Pilger zu geleiten und die Räuber zu vertilgen, 3. Kleriker und Laienbrüder für den Dienst des Hospitals und der Armen, 4. Knechte (donnés) ebenfalls für den Dienst des Hospitals und den Anbau der Felder, 5. Schwestern (dames de qualité) nebst Mägden zur Pflege der Pilger, Kranken und Gebrechlichen. Durch die mit der Zeit angewachsenen Reichthümer der Stiftung waren die Mitglieder später nur noch darauf bedacht, ihr Leben so angenehm wie möglich zu gestalten, so dass die eigentliche Bestimmung der Anstalt im Jahre 1697, als das Hospital mit vielen anderen gesetzlich aufgehoben wurde, schon seit langer Zeit nicht mehr erfüllt worden war.

In Deutschland finden sich Xenodochien, Hospitäler (Gut-Leuthäuser, Siechenhäuser) erst im 12. Jahrhundert. In Köln wird um das Jahr 1116 ein Armenhospital erwähnt. Bischof Einhard gründete 1097 in Würzburg bei der Sanct-Margarethen-Kapelle ein Hospital für arme und kranke Reisende. Hier gründete der Domprobst Otto im Jahre 1140 ein dem heiligen Theodorikus geweihtes Hospital auf dem Jüdenmarkte. Kuno von Buchsee gründete 1181 nach seiner Rückkehr aus dem gelobten Lande im Badischen Lande ein Xenodochium oder Hospital für arme Pilger.

In England wurde 1102 das Bartholomäushospital in London gegründet.

Während ursprünglich die Xenodochien für alle Hilfsbedürftigen offen standen, konnte man später bei dem sich immer mehr steigernden Bedarf nur noch die Gemeindemitglieder aufnehmen. Um nun doch auch den fremden Reisenden, bei dem Mangel an Gasthäusern in unserm Sinne, Obdach zu ermöglichen, ohne sie zugleich in die Mauern der Stadt, deren Thore des Abends geschlossen wurden, aufnehmen zu müssen, erbaute man vor den Thoren der Stadt kleine Häuser aus milden Stiftungen, die man Elendsherbergen (Elend = fremd, heimathlos) nannte, und aus denen mit der Zeit grosse Anstalten wurden. Zu Ehren der heiligen Gertrud, die in der zweiten Hälfte des 7. Jahrhunderts Aebtissin zu Nivelle in Belgien gewesen war und sich durch ihre Sorge für Elende und Gebrechliche ausgezeichnet hatte, nannte man solche Stiftungen zuweilen St. Gertrudshospital. Zu jeder Herbergspflege gehörte damals in erster Linie ein warmes Bad. Daher wurden auch in diesen Elendsherbergen warme Bäder verabreicht, die Kosten verursachten, namentlich als später die Badestuben an Bader verpachtet wurden. Um nun den armen Pilgern und Reisenden Bäder zu ermöglichen, stifteten fromme Personen noch gewisse Summen für Bäder, die an ihrem Todestage an arme Pilger verabreicht werden sollten, daher der Name „Seelbäder“. Da nun fromme Frauen, die sich der Pflege der Kranken und Gebrechlichen widmeten, diese Bäder zum Theil auch selbst besorgten, so nannte man sie „Seelschwestern“. Doch artete diese Einrichtung derartig in Unzucht aus, dass die „Seelschwestern“ zunächst von den öffentlichen Bädern ausgeschlossen wurden, bis diese aus Furcht vor Ansteckung überhaupt aufgehoben wurden.

## b) Krankenhäuser.

Mit dem 11. Jahrhundert tritt die Bildung von Anstalten, die in der Hauptsache nur zur Aufnahme und Behandlung von Kranken bestimmt waren, etwas mehr in Erscheinung.

Gregor VI erbaute 1045 neben einer von Galla, der Tochter des jüngern Symmachus, in Rom im 6. Jahrhundert gegründeten Kirche das Hospital St. Maria della Grazie, berühmt durch seine Kirche und das vom heiligen Lucas gemalte, wunderthätige Madonnenbild. Nach der Zerstörung durch Robert Guiscard 1084 wurde die Anstalt bald wieder vollständig aufgebaut. Pabst Cölestin III verband mit der Gallakirche Ende des 12. Jahrhunderts noch ein weiteres Hospital. Daselbst wurde ferner im 14. Jahrhundert bei der Kirche St. Maria della conzolazione ein Hospital gleichen Namens gegründet und nun alle drei Anstalten zu einer einzigen, dem Archiospitale St. Maria in Portico oder Delle grazie, Delle conzolazione verschmolzen.

In England stiftete der Erzbischof von Canterbury (Lanfrankus) 1070 ein grosses Krankenhaus.

Eine ausschliesslich für Aussätzige bestimmte Anstalt war das von Zoticus in Constantinopel gegründete Lobotrophoion. Bei den grössten Xenodochien waren auch schon stets Isolirhäuser für Aussätzige. In Rom wurde das Hospital St. Lazaro vor der Porta Angelica unter Gregor VIII (1187) angeblich von einem aussätzigen

Franzosen gegründet. Dasselbe dient noch jetzt zur Aufnahme von Hautkranken. Um die Erbauung von Aussatzhäusern und um die Krankenpflege der Aussätzigen in denselben machte sich, wie wir später sehen werden, in hervorragender Weise der Ritterorden der Lazaristen verdient. Das Archiospedale di San Giacomo in Augusto oder Degli incurabili wurde 1339 auf Grund eines Vermächtnisses des Kardinals Giacomo Colonna gegründet, dasselbe kam an die Brüderschaft von Santa Maria del Popolo. Berühmt waren ferner die Aussatzhäuser in Mailand, Bologna und Modena. In Spanien werden schon 1077 Aussatzhäuser erwähnt. In Frankreich gehört zu den ältesten Leproserien die von Gregor von Tours erwähnte Stiftung des Abtes Nicolaus von Corbeïl. Aus dem Testament Ludwig des VIII. geht hervor, dass im Jahre 1225 im damaligen etwa die Hälfte des jetzigen Frankreichs einnehmenden Königreiche 2000 Aussatzhäuser vorhanden waren. Im 14. Jahrhundert werden auch in England Leproserien erwähnt, so ein Xenodochium St. Juliani, das damals die Aebte von St. Albans für die Aussätzigen gründeten. Im Jahre 1346 wird von einer Anstalt für 13 Lepröse in London berichtet. Schon im 7. und 8. Jahrhundert finden sich auch im südlichen und westlichen Deutschland einzelne Sondersiechenhäuser für Aussätzige. Bald danach wurden überall nicht nur Isolirhäuser, sondern auch Krankenhäuser für Aussätzige gegründet. Zu den ältesten ist das zu rechnen, das 750 der heilige Abt Othomar bei den Alemannen gegründet haben soll. Als eins der ältesten deutschen Hospitäler für Aussätzige steht urkundlich fest das auf dem Johannisberg im Reingau erbaute: „Curtis leprosorum“ genannte, dessen ums Jahr 1109 Erwähnung gethan wird. Markgraf Albrecht von Brandenburg, der mit dem Bischof von Halberstadt in Palästina gewesen war, soll Leproserien in Königsberg (Neumark) und Frankfurt a. O. errichtet haben. In St. Gallen bestand schon im Jahre 1219 eine Leproserie, in Görlitz befand sich im Jahre 1298 eine ausserhalb der Stadt gelegene, dem heiligen Jacob geweihte Leproserie. Meist waren diese Anstalten dem heiligen Georg geweiht, so in Salzwedel, Pritzwalk, Prenzlau, Königsberg (Neumark) Pasewalk, Berlin (1278). In Greifswald war eine Leproserie schon vor 1318. 1322 wird sie erwähnt als Domus leprosorum ad Santum Georgicum extra civitatem. 1630 wurde sie durch den kaiserlichen Feldherrn Perusius, ebenso wie die heilige Geistkapelle zerstört. In Frankreich war 1407 der Aussatz so selten geworden, dass die Leproserien überall leer standen und die strengen Verordnungen der früheren Zeit durch Karl XV. wieder in Erinnerung gebracht werden mussten. Im 15. Jahrhundert und im 16. Jahrhundert wurden die Aussatzhäuser überall in Krankenhäuser oder in Pesthäuser umgewandelt, so vor allem in Ungarn und Siebenbürgen. Sie waren inzwischen in überaus zahlreicher Menge erbaut worden, so sollen zu Beginn des 13. Jahrhunderts in der gesammten Christenheit 19000 Aussatzhäuser vorhanden gewesen sein. Viele von ihnen waren jedoch nur Isolir-Wohnhäuser für die Aussätzigen. Die Behandlung der Krankheit unter ärztlicher Aufsicht und durch ein in der Krankenpflege geschultes Personal war bei den meisten Leproserien erst in zweiter Linie, bei vielen überhaupt nicht beabsichtigt. Ausser dem heiligen Jacob und Georg waren die Aussätzigenhäuses auch an manchen Orten dem heiligen Lazarus gewidmet. Im Jahre 1278 gab es vor der Stadt Berlin einen Sanct Georgenhof vor dem Jürgenthor, bestimmt für die Aufnahme der Aussätzigen.

Für die an Syphilis leidenden Kranken wurden am Ende des 15. Jahrhunderts eigene Anstalten, sogen. Franzosenhäuser gegründet, die den Zweck der Behandlung und Verpflegung der Erkrankten nur vereinzelt verfolgten, während Hauptzweck die Absonderung war. Auch Pockenhäuser wurden erbaut, so z. B. am 12. Juli 1531 von Herzog Albrecht von Brandenburg in Königsberg (Ostpreussen) zugleich ein Pockenhaus mit dem Loebenicht'schen Hospitale. Auch von Pesthäusern stammen heute noch einige Anstalten ab, z. B. das in Elbing 1624 gegründete „Pestbudestift“, das jetzt als Asyl für arme und altersschwache Leute dient.

Der Mutterkornbrand (Antoniusfeuer, heiliges Feuer) veranlasste ebenfalls Gründungen, so im Jahre 1093 in Vienne ein Hospital mit dem die St. Antonius-Brüderschaft sich verband.

Die Begründung der Krankenpflege im Mittelalter, soweit die Anstaltspflege und mit ihr eine ärztlich geleitete und geschulte Behandlung der Erkrankten in Frage kommt, ist mit dem Namen des Papstes Innocenz III. eng verknüpft. Dieser organisirte durch die Bulla inter opera pietatis die gesammte Wohlthätigkeit und die Genossenschaften der Hospitaliter, die mit den bestehenden und neubegründeten Krankenanstalten verbunden waren.

Im Jahre 1204 schuf er aus der alten von Ina begründeten Sachsenschule, deren Kirche und Liegenschaften noch vorhanden waren, während die Herbergegebäude längst verbrannt und verfallen waren, ein Hospital (Krankenhaus) und stellte den Stifter des Krankenpflegeordens vom heiligen Geist: „Guy (de Montpellier)“ an die Spitze; von diesem Hospital San Spirito in Sassia ging eine ausserordentliche Entwickelung des Krankenhauswesens aus. Ueberall wurden grössere Spitäler erbaut, die schon nicht mehr Gasthäuser oder Herbergen, sondern wirkliche Siechen- und Krankenhäuser waren. Im Laufe des XIII. Jahrhunderts erhielt fast jede grössere Stadt und eine grosse Zahl kleiner Städte ihr heilig Geistspital meist mit einer gleichnamigen Kirche.

Anfänglich übernahm man ältere Spitäler, wie z. B. das in Freiburg um 1120 schon bestehende und das schon 1010 in Memmingen gestiftete, auch „Elendherbergen“, oder erbaute nach deren Art Spitäler „extra muros“, so in Hamburg, Stettin, Spandau, Perleberg, Salzwedel, Sangerhausen, Naumburg, Quedlinburg, Würzburg, Augsburg, Straubing, Bern, dann aber auch „intra moenia“ als Wohlthätigkeitsanstalten für die Stadtgemeinde selbst und nicht mehr in erster Linie für die Pilger und Heimathlosen. Einige dieser Anstalten zum heiligen Geist wuchsen im Laufe der Jahrhunderte ausserordentlich und gingen verbessert in die neue Zeit über, so in Frankfurt, Lübeck, Würzburg, Bern, Wien. Sie sind die eigentlichen Anfänge unseres modernen Krankenhauswesens. Das älteste in Deutschland bekannte Heilige Geistspital ist das von Brandenburg, das schon 1204 erwähnt wird, dann Zürich 1207, Halberstadt und Wien 1209, Spandau und Breslau 1214. Das nachstehende ausführliche Verzeichniss ist Virchow entnommen[1]):

Zürich 1207, St. Gallen 1228, Bern 1233, Basel 1265. —

Konstanz 1225, Villingen 1257, Pfullendorf 1275 (wird schon im XII. Jahrhundert erwähnt), Freiburg i. Br. 1297 (gegr. 1120), Breisach 1297 (schon im XII. Jahrhundert), Meersburg (XIII. Jahrhundert), Pforzheim 1322, Ueberlingen 1363 (schon im XII. Jahrhundert erwähnt), Rudolfzell 1386, Waldshut 1411. — Stephansfelden 1220, Oppenheim 1230, Mainz 1236, Speier 1272, Niederingelheim 1422. — Koblenz 1238, Köln 1286, Krefeld 1291, St. Goar 1344, Meyen 1355, Ulm 1240, Bieberach, Rothenburg a. N., Kirchheim, Mergentheim 1258, Wimpfen und Reutlingen 1291, Markgröningen 1322. — Memmingen 1223 (gegr. 1010), Augsburg 1252, Rothenburg a. Tauber 1281, München 1291, Würzburg 1319, Nürnberg 1331, Melchrichstadt und Weilheim 1349, Aub 1355, Passau, Straubing und Dinkelsbühl 1358, Eichstädt 1451.

Frankfurt a. M. 1278, Limburg a. d. L. und Fritzlar 1358. — Höxter 1218, Dortmund 1280.

Brandenburg 1204, Spandau 1214, Salzwedel 1231, Stendal 1251, Berlin 1278 (1272?), Perleberg 1299, Pritzwalk 1300, Wittstock 1309, Werben 1313, Gardelegen

---

[1]) Die Jahreszahl hinter dem Namen bedeutet die Gründung des heilig Geistspitals oder die Umwandlung eines älteren Spitals in ein heilig Geistspital.

1319, Neuruppin 1321, Gransee 1343, Prenzlau 1362, Angermünde und Havelberg 1377, Treuenbrietzen, Seehausen und Frankfurt a. O. 1390.

Halberstadt 1209, Halle a. S. 1241, Quedlinburg 1246, Helmstedt 1267, Sangerhausen, Eisenach und Naumburg a. S. 1292, Wittenberg 1301. —

Hannover 1256, Göttingen und Northeim 1300. — Bremen 1236, Hamburg 1247, Rendsburg 1465, Lübeck 1234.

Parchim 1218, Wismar 1250, Rostock 1260, Schwerin 1298, Möllen, Oldeslo und Ratzeburg 1298, Ribuch 1299, Gadebusch 1361, Stargard in Mecklenburg 1364, Plau 1370, Sternberg 1400, Neu-Brandenburg 1552, Döbel, Krakow und Crivitz 1577.

Stettin 1237, Stralsund 1256, Greifswald 1262, Demmin 1269, Anclam 1272, Barth 1309, Stolpe (vor dem Thor) 1311, Köslin 1319, Treptow a. Toll 1325, Stargard in Pomm., Königsberg in der Neumark, Müncheberg, Oderberg 1364, Kyritz 1552.

Breslau 1214, Neumarkt (novum forum) 1234, Bunzlau 1261, Görlitz 1264, Brieg 1273, Glatz 1275, Sagan 1283, Steinen 1290 (1209?), Glogau 1296, Ober-Beuthen 1302, Freistadt 1320, Strehlen 1347, Köben, Namslau und Lüben 1451, Inowrazlaw 1268.

Wien 1209, Meran, Brixen, Sterzing 1271, Gollnow 1368, Schievelbein, Belgard, Kolberg, Rügenwalde, Pyritz, Damm, Greifenberg a. R., Treptow a. R., Wollin, Uckermünde, Pasewalk, Greifenhagen 1369.

Elbing, Thorn 1242, Königsberg, Danzig, Marienburg 1256, Pr. Holland 1396, Riesenburg 1510. — Riga 1225, Reval 1376.

Demnach zusammen 155 Hospitäler zum heiligen Geist allein in Deutschland. Uhlhorn (II. S. 192) warnt davor, alle Spitäler, die den Titel „heil. Geist“ führen, dem Orden zuzuschreiben. Viele seien, namentlich in Norddeutschland, städtische Anstalten gewesen, während in Südwestdeutschland der Orden allerdings sehr zahlreiche Spitäler gehabt habe. — Wie dem auch sei, Uhlhorn's Ansicht ändert nichts an der geschichtlichen Thatsache, dass die überaus grösste Zahl der heil. Geistspitäler im ersten Jahrhundert nach der Gründung des Heil. Geistordens und nach der lebhaften, grossherzigen Anregung durch Innocenz III. errichtet wurde.

Wenn man einerseits annehmen muss, dass die Krankenpflege in diesen Hospitälern anfänglich in erster Linie an Gebrechlichen und Siechen und weniger an Kranken, die an akuten Krankheiten litten, geübt wurde, so bewährten sich diese Anstalten anderseits schon damals in den Zeiten der grossen Volksseuchen aufs beste als Krankenhäuser im modernen Sinne.

In Rom, Stephansfelden und Montpellier waren bei den Heiligen Geistspitälern zugleich Findelhäuser errichtet. Auch als Wöchnerinnenasyle wurden jene Spitäler benutzt. Wenigstens wird die Aufnahme von Schwangeren im 41. Kapitel der Ordensregel ausdrücklich vorgesehen. Ein Brief des römischen Ordensmeisters vom 8. September 1288 bestimmt die Anstalt in Pfullendorf dazu: quod nudi vestiuntur, esurientes reficiuntur, debiles colliguntur, mulieres praegnantes usque ad sex septimanas favoribilitis tractantur, viduis, orphanis et peregrinis de quocunque locorum advenerint, cena et prandium de consuetudine hospitalis non negatur (Virchow).

Es sei hier die Bemerkung angeschlossen, dass schon zu Zeiten Wenzel's des Heiligen (928) in Prag auf der Kleinseite unter dem Lorenzberge eine Art Gebäranstalt bestanden haben soll (Hasner, Prager Vierteljahrsschrift, 1866, IIb).

Bald nach der Gründung des Hospitals San spirito in Rom wurde vom Kardinal Giovanni Colonna das Archiospedale del santissimo Salvatore ad sancta sanctorum im Jahre 1216 gegründet, das mit der gleichnamigen Bruderschaft verbunden wurde und noch jetzt besteht.

Im XIII. Jahrhundert sehen wir schon häufiger eigentliche Krankenpflege. Die heilige Elisabeth von Thüringen erbaute im Jahre 1225 für 28 Kranke ein Krankenhaus, wo sie

selbst die niedrigsten Wärterdienste verrichtete. Hedwig, die Gemahlin Heinrichs I. von Schlesien, betheiligte sich an der Gründung des Heil. Geisthospitals in Breslau und an der Pflege der Kranken in demselben. Fürstin Anna, Gemahlin Heinrich's II. von Schlesien (reg. 1238—1271) widmete sich mit frommem Eifer der Gemeindepflege, namentlich der Pflege der Aussätzigen, deren Geschwüre sie verband, dies hauptsächlich in der Leproserie in Neumarkt (1234). Sie stiftete und förderte ferner das Hospital zu St. Elisabeth in Breslau (1253).

Das Hospital Maria Santa della scala de Siena in Mailand entwickelte sich im XIII. Jahrhundert zu einer ausgezeichnet organisirten, die mannigfachsten Zwecke umfassenden Wohlthätigkeitsanstalt. Das Siechen-, Kranken- und Findelhaus wurde durch einen Arzt und Wundarzt aus der Zahl der Brüder verwaltet. Die im Findelhaus untergebrachten Kinder wurden zu je sechs von einer Frau verpflegt. Die Knaben erlernten im Hospital ein Handwerk und erhielten beim Austritt im 18. Jahre den Erlös ihrer Arbeit. Die Mädchen wurden Nonnen oder verheiratheten sich und bekamen dann eine Aussteuer.

Das Hôtel Dieu in Paris diente erst seit Mitte des XII. Jahrhunderts zur Aufnahme von Kranken. Die Einrichtungen waren damals höchst mangelhaft. Ein Saal wurde zuweilen mit 800 Kranken belegt. (Noch im Jahre 1785 wurden in den grossen, aus zwei übereinander liegenden Etagen bestehenden Betten je sechs, in den kleinen 3 Fuss breiten je vier Kranke untergebracht. Die Krankenpflege wurde von 130 barmherzigen Schwestern und 300 Wärtern besorgt. Die jährlichen Kosten beliefen sich auf 400000 Francs.) In der Mitte des XIII. Jahrhunderts überhäufte Louis der Heilige das Hôtel Dieu in Paris mit Geschenken und gründete ähnliche Anstalten in Fontainebleau, Pontoise und Vernon. Er stiftete in Paris das Blindeninstitut der „Quinze vingt“. In dieser Zeit gründeten Innungen und Genossenschaften Fonds, um ihren Mitgliedern die Aufnahme in Hospitäler und Pflegeanstalten zu sichern z. B. die Goldschmiede in Paris zum Zwecke der Unterbringung ihrer Erkrankten in das Hôtel Dieu.

In hervorragender Weise nahmen die Araber Theil an der Förderung der Krankenpflege, indem sie schon frühzeitig gut eingerichtete Krankenanstalten erbauten. Die Nachfolger Mohammed's hielten es für ihre Pflicht, der Barmherzigkeit und Liebesthätigkeit des Christenthums nachzueifern.

Der Erste, der zur Zeit des Islam ein Hospital zur Aufnahme von Kranken gründete, soll ums Jahr 707 p. Chr. der Kalif Welîd Ben abdel Melik (reg. v. 705—715) gewesen sein. Er stellte im Hospital in Damaskus Aerzte an und bestritt ihre Ausgaben, er befahl die Aussätzigen einzusperren, damit sie nicht auf den öffentlichen Wegen und Plätzen angetroffen würden und sorgte für ihre und der Blinden Bedürfnisse. Im 9. Jahrhundert wird ferner eines in Merv (Turkestan) bestehenden Krankenhauses und der in demselben von Isah ben Massah angestellten Beobachtungen gedacht.

Achmed Ben Tulun, Statthalter von Aegypten unter dem Kalifen el Motarz († 884) erbaute 872—875 das Hospital auf dem heutigen Arah el Asker bei der Stadt Misr (angeblich das erste in Aegypten), vermachte ihm eine Anzahl Gebäude und richtete ein Frauen- und Männerbad darin ein. Die Summe, die er für das Hospital jährlich ausgab, belief sich auf 60000 Dinare. Das Hospital in Misr selbst erbaute 957 Kafur el Ichschidi, Reichsverweser des Emir Amûtschûr Ben Muhammed el Ichschîd. Zu den ältesten in Bagdad erbauten Krankenhäusern gehörte das, das Sedschah, die Mutter des Kalifen el Mosewekkil im 9. Jahrhundert gründete. Ferner eine Stiftung aus dem Jahre 981 von Adhad Addaulad, dem Beherrscher der Beni-Baja,

in der 24 Aerzte angestellt waren. Eine Geschichte dieses Hospitals, das das Adhadsche hiess, und vielleicht nur in der Erneuerung einer älteren Anstalt bestand, wurde im XII. Jahrhundert von Ebel el Marestanïja verfasst. Abd el Melik liess in Fez ein grosses mit einer Wasserleitung versehenes Hospital gründen.

Das Hospital auf der Strasse El Magâfir zwischen der Stadt Misr und dem Betplatz der Chaulân wurde erbaut von El Fath Ben Châcân unter der Regierung des Emir el Mosewekkil (847—86). Das grosse Mansur'sche Hospital in El Cahira richtete in einem Fürstinnenschloss, dem „Kotbischen Hause" el Melik el Mansur Gilàvùn ein und baute vom 16. Juni 1283 bis zum Mai 1284 verschiedene Gebäude an. An Einnahmen aus Grundbesitz verlieh er der Anstalt jährlich nahezu 1000000 Dirhem. Er stellte Bettmacher, männliche und weibliche, zur Bedienung der Kranken an, die vier mit Springbrunnen versehenen Säle des Hospitals bestimmte er für die an Fieber u. dergl. Leidenden, einen Hof sonderte er für die Augenkranken, einen für die Verwundeten, einen für die, die an Durchfall (Cholera) litten und einen für die Frauen, ferner ein Zimmer für die männlichen und ein solches für die weiblichen Reconvalescenten. In alle diese Räume leitete er das Wasser. Ein besonderes Zimmer war für das Kochen der Speisen, Medikamente und Syrupe, ein anderes für das Mischen der Konfekte, Balsame und Augensalben bestimmt. In einem Zimmer waren die fertigen Syrupe und Medikamente allein. In einem Zimmer hatte der Oberarzt seinen Sitz, um hier medicinische Vorlesungen halten zu können. Die Zahl der Kranken war nicht beschränkt, sondern jeder Bedürftige und Arme, der hinkam, fand Aufnahme. Ebenso wenig war die Zeit des Aufenthaltes eines Kranken beschränkt. Es wurde aus dem Hospital sogar denen, die zu Hause krank lagen, alles, was sie nöthig hatten, verabreicht. Man findet demnach hier einen hochentwickelten Grad von Krankenhaus- und Gemeindepflege, eine Einrichtung, die ähnlich ist einem modernen klinischen und poliklinischen Institute. Im Jahre 1418 wurde in Kairo von dem Sultan el Melik el Muajjid Scheich, ein grosses Hospital, das Muajjid'sche genannt, gegründet. Auch in Spanien gründeten die Araber eine grosse Anzahl Krankenhäuser. Cordova soll allein 50 besessen haben. Im XIII., XIV. und XV. Jahrhundert hatte kaum ein anderes Land so zahlreiche und wohleingerichtete Krankenhäuser, wie Spanien. In der späteren Zeit war besonders berühmt das von König Alfons I. von Arragonien im Jahre 1425 gegründete allgemeine Krankenhaus de la virgen de Gracia in Sarragossa, für Kranke jeder Art, besonders für Ansteckende und Geisteskranke. Dasselbe besteht noch heute, nachdem es 1808 von den Franzosen zerstört und 1829 von Neuem erbaut worden war. Sevilla erhielt im Jahre 1436 ein grosses Krankenhaus, Valencia im Jahre 1484, das eins der grössten Spaniens wurde, es wurde 1545 durch Feuer zerstört und bald darauf in noch grösserem Stile wieder aufgebaut.

### c) Unterhaltung, Verwaltung und Personal der Wohlthätigkeitsanstalten im Mittelalter.

Die Unterhaltung der Xenodochien, Hospize und Hospitäler wurde aus dem Ertrage der Schenkungen (Stiftungen) bestritten. Da bei den ärmlichen Verhältnissen der ersten Christenheit diese Schenkungen noch spärlich waren, so finden sich auch damals derartige Anstalten nicht. Alles, was nöthig war zur Gemeinde-, Armen- und Krankenpflege, wurde durch wohlthätige Beiträge, Opfer beim Gottesdienst und Liebesmahl, sowie durch eine regelmässige Gemeindekollekte aufgebracht. Als die Kirchenkassen durch diese Beiträge sich füllten, errichteten die Kirchenältesten und Bischöfe Wohlthätigkeitsanstalten, die sie auch unumschränkt

verwalteten. Die ersten christlichen Kaiser wandten ihnen die eingezogenen Güter der heidnischen Tempel zum Theil zu.

So Gratianus, der im Jahre 382 das Vermögen der Vestalinnen einzog. Die erste allgemeine Säcularisation erfolgte unter Arcadius und Honorius im Jahre 407. Dann unter Honorius und Theodosius II. im Jahre 415. Justinian verlieh den Wohlthätigkeitsanstalten das Recht, Vermächtnisse annehmen zu können. Das Konzil von Avranches (816) bestimmte dann für die Erhaltung der wohlthätigen Anstalten bei den Klöstern und geistlichen Stiften den Zehnten des Einkommens aus den zugehörigen Ortschaften und einen Theil des Ertrages der geistlichen Güter selbst, je nach deren Vermögen, und endlich den zehnten Theil der frommen Spenden. Das Konzil in Aachen (876) erweiterte diese Bestimmungen, die in Vergessenheit gerathen waren.

Die Verwaltung des Vermögens der Wohlthätigkeitsanstalten lag meist in den Händen der Kirche, und wo dies nicht der Fall war, suchte der Klerus die Verwaltung an sich zu reissen, um sie für seine Macht zu verwerthen. Die auf diese Weise entstehenden Uebelstände wurden auf einzelnen Synoden und Konzilen schwer gerügt, so in Avranches und in Meaux (845), wo gegen einzelne hochgestellte Geistliche Klagen laut wurden, dass sie die Einkünfte der Stiftungen ihrem eigentlichen Zwecke entfremdeten und zu Pfründeneinnahmen benutzten.

Die staatliche Aufsicht, die Karl der Grosse jenen Anstalten zu Theil werden liess, hatte nur kurzen Bestand. Schon das Konzil in Padua (850) setzte wieder fest, dass die oberste Aufsicht der Hospitäler den Bischöfen obliegen solle und zwar nicht nur der Anstalten, die bereits von ihren Begründern einer solchen Aufsicht unterstellt worden waren, sondern auch derjenigen, die nach ihrer Stiftungsurkunde von Laien oder geistlichen Körperschaften verwaltet wurden. Die Klagen über die durch die geistlichen Obern herbeigeführten Uebelstände wiederholten sich später besonders stark auf dem Konzil von Arles (1240), von Ravenna und Vienne (1311) und zwar derart, dass Clemens V. die Verwaltung vieler Anstalten den Laien übertrug.

Im Laufe der Jahrhunderte hatte sich aber auch der Wohlthätigkeitssinn unter den Mitgliedern der Stiftungsgenossenschaften selbst erheblich abgestumpft und einer selbstsüchtigen Genusssucht Platz gemacht, so dass sie die Einnahmen der Anstalten für sich verwertheten. In Folge dessen wurden im Laufe der Zeit viele Anstalten mit den ganz verweltlichten und dem Stiftungszweck entfremdeten Brüderschaften wieder aufgehoben und ihre Güter vom Staate oder von der Kirche eingezogen.

Schon in frühester Zeit stand die Krankenpflege in der Gunst hochgestellter Personen, die auch selbst in den Anstalten thätig waren und durch ihr Beispiel Gleichgesinnte zur Nachfolge veranlassten.

Die Gemahlin Theodorichs des Grossen (454—526) Placidia Augusta pflegte Fremdlinge und Kranke. Römerinnen aus den edelsten Geschlechtern, wie die Fabiola, Galla u. A. widmeten sich der Pflege Kranker und Gebrechlicher bisweilen um ihre eigenen Sünden und Laster zu büssen, ebenso Byzantinerinnen aus den vornehmsten Familien z. B. Eudoxia, Paula, Theodora. Der heilige Antonius empfahl seinem Bruder die Pflege der Kranken als Heilmittel gegen die Schwermuth. In späterer Zeit waren es ebenfalls wieder Fürstinnen, die in der Ausübung der Krankenpflege ein leuchtendes

Vorbild gaben, so die heilige Elisabeth von Thüringen, Anna von Schlesien und Andere.

Die einzelnen gleichgesinnten und gleichbestrebten Personen thaten sich zusammen in Brüderschaften und Schwesternschaften, die ursprünglich nur aus Laien bestanden, denen aber die Kirche, um den Einfluss über sie nicht zu verlieren, überall ein geistliches Gepräge zu geben suchte. So entstanden, neben den weltlichen Genossenschaften, geistliche Orden. Unter den weltlichen Brüder- und Schwesternschaften sonderten sich im Mittelalter die bürgerlichen und ritterlichen Vereinigungen um die Zeit der Kreuzzüge aus. Alle Pflegegenossenschaften forderten von ihren Mitgliedern wenigstens das Gelübde der Keuschheit, Armuth und des Gehorsams gegen die Oberen, sowie einer besonderen, der geistlichen ähnlichen Tracht. Sie hatten meist die Regel des heiligen Augustin.

Daneben fanden sich schon frühzeitig für die gröberen Dienstleistungen Wärter und Wärterinnen, die z. B. der heilige Chrysostomus ebenso wie die anderen Diener der grossen Wohlthätigkeitsanstalten (die Parabalanen etc.) aus der Zahl der Ehelosen auswählte. Sie wurden in den geistlichen Anstalten zu dem niederen Clerus gezählt. Der ärztliche Theil der Pflege lag den „medici" ob, die aber auch zugleich „ministri" und „adductores" genannt wurden.

Auch diese „medici" waren zumeist „klerici", wie damals überhaupt die ärztliche Kunst meist von den Priestern und Mönchen geübt wurde. Freilich war diese Kunst in vielen Fällen eine wenig entwickelte Volksmedizin, während anderseits einzelne Geistliche als hervorragende Aerzte geschildert werden, so Bischof Masona in Merida. Im XII.—XIV. Jahrhundert gab es in jedem Kloster und jeder geistlichen Genossenschaft einen oder mehrere auf ärztlichen Hochschulen (Paris, Salerno) vorschriftsmässig und ausführlich ausgebildete Aerzte, denen zunächst die klösterlichen Krankenstuben (infirmaria) unterstanden, die aber auch die ärztliche Behandlung in den mit den Klöstern verbundenen Hospitälern leiteten. Auch in anderen Anstalten waren Aerzte, und zwar in den weltlichen meist in durchaus angemessener Zahl angestellt, so in Arabien, Aegypten, Mailand. In dem Hospital des heiligen Johannis in Jerusalem, der Wiege des Johanniterordens, waren 4 Aerzte und 4 Wundärzte angestellt, von denen man, wenigstens von den Aerzten, hauptsächlich die Uroscopie und die Zubereitung der Sirupe, der wichtigsten Arzneiform der arabischen Heilkunde, verlangte.

Wenn auch die Kirche dadurch, dass sie die Oberleitung über die Wohlthätigkeitsanstalten und die mit ihnen verbundenen Krankenpflege-Genossenschaften an sich nahm, in mancher Beziehung dazu beigetragen hat, die Entwickelung dieser Einrichtungen durch ihren kräftigen Schutz zu fördern, so hat sie anderseits, wie die Geschichte der Krankenpflege-Genossenschaften zeigen wird, durch das Hineinverpflanzen hierarchischer Bestrebungen die der freien Liebesthätigkeit entstammenden und ihr gewidmeten Organisationen von der Krankenpflege immer mehr entfernt. Sie hat daher theilweise der freien Entfaltung der Krankenpflege in den Genossenschaften ebenso geschadet, wie die weltlichen Gelüste der ritterlichen

und bürgerlichen Orden: Ehrgeiz, Herrschsucht, Habsucht und Genusssucht diese Vereinigungen ihrem eigentlichen Zweck entfremdeten.

### d) Die Krankenpflegegenossenschaften im Mittelalter.

Während in der frühesten christlichen Zeit die Gemeinde selbst eine Genossenschaft zur Linderung der Armennoth und des Elendes der Kranken, Siechen und Gebrechlichen darstellte, mussten sich, je mehr die Gemeinden sich vergrösserten, und alle Berufsklassen, schliesslich der Staat selbst, die christliche Religion annahmen, einzelne Gruppen von Gemeindegliedern der ausschliesslichen Berufsthätigkeit unterziehen, die Werke der Barmherzigkeit auszuüben. Wir sahen zuerst die Diakonen und deren Frauen, dann die Genossenschaft der Wittwen und im Anschluss hieran die Diakonissenschwesternschaft der altchristlichen Zeit. Später traten die ständigen Einwohner und Diener der Xenodochien, Hospize und Hospitäler, schliesslich geistliche Brüder- und Schwesternschaften, Mönche und Nonnen für die Krankenpflege ein. Die Abgeschiedenheit der klösterlichen Regeln brachte es mit sich, dass die geistlichen Genossenschaften von der nach aussen gerichteten Arbeit der freien Liebesthätigkeit sich bald wieder zurückzogen, dafür mit um so grösserem Eifer das eigene Seelenheil in der Beschaulichkeit der klösterlichen Stille pflegten. Sie überliessen die Sorge um das fremde Leid, die Pflege der Armen und Kranken den Genossenschaften aus dem Volke, den Bruder- und Schwesternschaften aus den Laien und Ungelehrten, aus den Rittern und Bürgern.

Geht man auf den Ursprung der Pflegegenossenschaften zurück, so findet man meist einen oder mehrere Gründer eines bestimmten wohlthätigen Fonds oder Zweckes, die sich für die meist auf Pilgerfahrten in Leibesnoth erfahrene Rettung erkenntlich zeigen wollen. Sie suchen Vorkehrungen zu treffen, durch die verhütet werden soll, dass auch andere Personen ähnliche Bedrängniss erfahren. So bezweckten die Laienbrüderschaften zuerst das Geleit der Pilger durch wüste Gegenden, durch Räuberschaaren oder die Völker der Ungläubigen, den Schutz der Pilger gegen Krankheit oder Nahrungsmangel oder Bedrängniss irgend welcher Art, schliesslich auch nur eine sichere Ueberfahrt über reissende Ströme. Die bei solchen Gelegenheiten geübte Krankenpflege wurde allmählich, als der ursprüngliche Zweck durch das Aufhören der Pilgerfahrten in Wegfall kam, Hauptzweck. Andere Personen, die selbst von schwerer Krankheit genesen waren unter der wohlthuenden Pflege frommer Brüder oder Schwestern oder die von schwerem Leid sonst bedrückt wurden, gründeten ein Krankenhaus und pflegten selbst darin. Auf diese Weise legten sie den Grund zu einer Vereinigung, deren Vorsteherschaft sie übernahmen.

Die ritterlichen Krankenpflegschaften sind eine Folge der Kreuzzüge, entsprungen der Romantik des mittelalterlichen Ritterthums, das „als seine Aufgabe ansah, die Güter der Ehre, der Tugend, des edleren Lebensgenusses durch Tapferkeit, Frömmigkeit und keuschen Frauendienst zu erringen.“ Die Entwickelung der Ritterorden zeigt uns das

Bestreben, der Uebermacht der Hierarchie durch einen festen Zusammenschluss weltlicher, den Werken christlicher Barmherzigkeit zugethaner, einflussreicher Kreise, entgegen zu wirken. Das Hauptverdienst einiger dieser ritterlichen Orden beruht in ihrer Missionsarbeit, bei der sie die heidnischen Länderstriche zum Christenthum bekehrten und kolonisirten. Für die Entwickelung der Krankenpflege und Krankenhäuser haben die Ritterorden nicht viel geleistet. „In der Krankenpflege giebt es kein Aufrücken zu hohen Aemtern und Ehren, es ist mit sehr geringer Abwechselung stets dieselbe persönliche Arbeit, die im Einzelnen und Kleinen, wenn auch nicht unentgeltlich, so doch ohne grossen äusseren Lohn geleistet werden muss. In dieser Arbeit hat kein Ritterorden lange Stand gehalten“ (Virchow). Erst seit der Neubegründung der Johanniter durch Friedrich Wilhelm IV. und die Reorganisation der preussischen Malteser traten diese Ritterorden für die Krankenpflege und Krankenhäuser in nutzbringender Weise ein.

Die bürgerlichen Krankenpflegegenossenschaften waren ebenfalls eine Reaktion des Volkes gegen die Knechtschaft durch die Hierarchie. Ueberall trat das Bestreben hervor, sich der Bevormundung durch die Kirche zu entziehen und Einrichtungen zu treffen, in denen man frei und unabhängig Werke der Liebe thun konnte. So lange sich die bürgerlichen Vereinigungen von der Herrschaft der Geistlichkeit frei halten konnten, blühten und wuchsen sie in ihrem Beruf der werkthätigen Nächstenliebe, im besonderen der Kranken- und Armenfürsorge und mit ihnen gedieh die Krankenpflege. Sobald in ihnen jedoch die Geistlichkeit die Herrschaft gewann, begann das Wachsthum still zu stehen und schliesslich der Verfall einzutreten. Andere Genossenschaften dieser Art gingen durch Unterdrückung zu Grunde, wenn sie versuchten, die Herrschaft der Kirche abzuschütteln oder gegen Missstände vorzugehen. Sie wurden als ketzerische Bestrebungen von der Kirche verdammt und verloren dadurch ihre Existenzfähigkeit. Ein grosser Theil ging aber verloren durch Selbstsucht, Genusssucht und Vernachlässigung des ursprünglichen Zweckes.

Nur die Schwesternschaften wirkten für die Krankenpflege unausgesetzt fördernd und belebend, doch wurden sie z. Th. ebenfalls von der Kirche aufgehoben, da sie dem hierarchischen Prinzip widersprachen.

Am reinsten bewahrten ihre Berufsthätigkeit die barmherzigen Brüder und Schwestern, die mit dem Beginn der Neuzeit für die Entwickelung der Krankenpflege überhaupt und für die Krankenanstalten im Besonderen von der grössten Bedeutung wurden.

## 1. Die ritterlichen Krankenpflegegenossenschaften.

### α) Der Johanniterritterorden.

Unter den ersten christlichen Kaisern war die Pilgerfahrt nach Jerusalem, die damals als ein von allen heiss ersehntes frommes Werk galt, durch Befestigungen und Herbergen an den Strassen in Palästina selbst gleichsam unter Kaiserlichen Schutz gestellt. Mit Beginn der arabischen Herrschaft unter Omar (637) änderte sich

in sofern diese Freiheit nicht, als es den Christen freistand, ungehindert die heiligen Stätten zu besuchen. Doch mussten die Pilger Anschluss an ein nationales Hospiz suchen, oder wenn sie hilflos oder krank waren, die Hospitäler aufsuchen, welche mit den von Landsleuten gegründeten Hospizen verbunden waren. Die Pilgerfahrten wurden jedoch ganz erheblich schwieriger, seitdem die Seldschukken unter Arp Aslan und dessen Nachfolger Melik schah Palästina (1073) erobert hatten. Nur mit grossen Geldkosten und Abgaben gelang es, die heiligen Stätten den Pilgern zugänglich zu erhalten. Ebenso konnten die bestehenden Herbergen, Hospize etc. sich nur mit Mühe behaupten. Es lag den abendländischen Fürsten daran, die Stellung der in Jerusalem verbliebenen christlichen Zufluchtsstätten der Pilger durch Schenkungen zu erhalten. So war ums Jahr 1083 ein Hospitale Hierosolymitanum, über dessen ersten Ursprung nichts bekannt ist, mit einem Meister an der Spitze, Anzelinus, als selbstständige Anstalt vorhanden, die im Abendlande Besitzungen durch Fürsten und Gewaltige besass. Nach der Eroberung Jerusalems durch die Kreuzfahrer (1099) gewann dies Hospital unter seinem Meister Gerhard an Bedeutung und Ansehen. Gottfried v. Bouillon, der erste König von Jerusalem, schenkte ihm ein Landgut (Hessilia) und zwei Backhäuser, was Balduin I., Gottfried's Nachfolger, 1110 ausdrücklich bestätigte. Die Hospitalitergenossenschaft dieser Anstalt gründete eine Anzahl Zweigniederlassungen, so in den Hafenstädten des Mittelmeers Pisa, Bari, Otranto, Tarent, Asti, S. Giles bei Arles, ferner in Messina, Sevilla, Caesarea und Antiochien überall mit der Aufgabe, den Pilgern zu dienen, sie in Fällen von Krankheit zu verpflegen und sie zu geleiten. 1113 bestätigte Pabst Paschalis II. die Organisation der Hospitäler als eine selbstständige Genossenschaft und die mit ihr verbundenen Besitzungen, auch verlieh er diesen die Vorrechte milder Stiftungen und gab den Brüdern das Recht, ihren Leiter selbst zu wählen. Gerhard's Nachfolger, Raimund du Puy (1118 oder 1120) führte die Ordensregel ein, nach der das Gelübde der Keuschheit, des Gehorsams und der Armuth abgelegt werden musste, und eine geistliche Tracht, bestehend in einem schwarzen Mantel mit weissleinenem, achteckigem Kreuz und für den Krieg ein rothes Obergewand, über der Rüstung zu tragen, eingeführt wurde. Das früher „Haus der Armen des Hospitals in Jerusalem“ genannte Ordenshaus, tritt im Jahre 1126 zum ersten Male als „Hospital St. Johannis“ in den Urkunden auf, nach Johannes dem Täufer genannt. Die Hospitaliter heissen von nun „Johanniter“. Da die cura pauperum et peregrinorum in damaliger Zeit auch in dem sicheren Geleit und Schutz mittels der Waffen bestand, nahm die militärische Seite der Genossenschaft immer mehr überhand, Raimund fügte zu der christlichen Pflicht der Pflege der Armen und Kranken das ritterliche Werk der Bekämpfung der Ungläubigen hinzu. Eine grosse Anzahl junger Edelleute wandte sich nun der Vereinigung zu, die Raimund in acht Nationen oder Zungen (Provence, Auvergne, Frankreich, Italien, Arragonien, Castilien, Deutschland und England) eintheilen konnte. Jede Zunge wählte später aus ihren Mitgliedern ein Oberhaupt und besetzte mit diesem zugleich ein Ordensamt.

Kaiser Friedrich I. (Barbarossa) stellte im Jahre 1185 den Orden unter den Schutz des deutschen römischen Reiches und befreite seine Mitglieder und Güter von allen Dienstbarkeiten, Steuern, Zöllen u. s. w. Diese Privilegien bestätigten die nachfolgenden deutschen Kaiser und vermehrten sie zum Theil.

Unter dem achten Hospitalmeister Roger de Moulins erhielt der Orden neue Statuten, die überliefert sind. Jede Zunge wählte ein Grosswürdenamt: der Grosskomthur (Schatzmeister) aus der Provence, der Grossmarschall (Befehlshaber der Infanterie) aus der Auvergne, der Hospitalier (oberster Aufseher über die Wohlthätigkeitsanstalten) aus Frankreich, der Admiral (Befehlshaber der Seemacht) aus Italien, der Grosskonservator oder Drapier, Castellan d'Emposta (Vorstand der inneren Ver-

waltung) aus Arragonien, der Turkopolier (Befehlshaber der Reiterei) aus England, der Grossbailli, auch Grossprior oder Johannitermeister genannt (Aufseher über die Festungswerke) aus Deutschland, wo er Reichsfürstenwürde und Heitersheim im Breisgau mit einem Umfang von 6 Dörfern besass, der Grosskanzler (Minister des Aeusseren) aus Castilien. Aus diesen Würdenträgern wurde der Ordensmeister gewählt. Den Titel: „Grossmeister" erhielt erst Hugo von Revel im Jahre 1267 vom Papst Clemens IV.

Die Mitglieder theilte man im XIII. Jahrhundert ein in Ritter adeliger Geburt zur Kriegsführung, Geistliche (Ordenspresbyter) zum Kirchendienst und dienende Brüder zur Pflege der Kranken und Geleitung der Pilger. Die einzelnen Zungen zerfielen wieder in Grosspriorate oder Priorate und Balleien. Die Priorate waren in Ordensgüter (Commenden) eingetheilt.

Seit dieser Zeit stammt die völlige Umwandlung des Ordens aus einer Krankenpflege-Genossenschaft in einen Ritterorden militärischen Charakters, der sich der ursprünglichen Pflicht, den Armen und Kranken zu dienen, nur noch in seinen amtlichen Kundgebungen erinnerte, sonst aber sie den dienenden Brüdern überliess, während die Ritter selbst in Kriegsführung, Ueppigkeit und reicher Pracht entarteten.

Die Geschicke des Ordens sind kurz folgende: Durch seine Feindschaft mit dem gleichzeitig mit ihm entstandenen Orden der Tempelritter, durch seine fortgesetzten Kämpfe mit Sarrazenen und durch die Ueppigkeit seiner Lebensweise war der Orden so geschwächt, dass er die Eroberung Palästinas durch den Sultan Saladin von Aegypten nicht hatte aufhalten können. 1187 musste er Jerusalem verlassen, nachdem in der Schlacht bei Hittin der König von Jerusalem und die Grossmeister der Johanniter und Templer gefangen genommen, und am 3. Oktober 1187 Jerusalem erobert worden war.

Zunächst nahm nun der Orden seinen Sitz in der Bergfestung Margat. Als dann 4 Jahre später Philipp August von Frankreich und Richard Löwenherz von England vor Accon (Ptolemaïs) erschienen, eilten auch die Johanniter herbei, um sich an der Belagerung zu betheiligen und nach der Einnahme der Stadt ihren Wohnsitz hier aufzuschlagen. Nachdem 1291 Ptolemaïs vom Sultan Malek-Scherif erobert worden war, zog sich der kleine Rest der Ritter, der Templer sowohl wie der Johanniter nach Limisso auf Cypern zurück. Da jedoch Streitigkeiten mit dem Könige von Cypern entstanden, zogen die Templer[1]) nach Sizilien und von

---

[1]) Ueber die Tempelherren sei kurz Folgendes erwähnt: 1119 traten neun französische Ritter, an ihrer Spitze Hugo von Payens und Gottfried von St. Omer, zu einer Gesellschaft zusammen, um „zur Ehre der süssen Mutter Gottes" Mönchthum und Ritterthum mit einander zu verbinden, am Grabe des Heilandes sich zugleich dem keuschen und andächtigen Leben, sowie der tapferen Beschirmung des heiligen Landes und der Geleitung der Pilger durch die unsicheren Gegenden zu widmen. König Balduin II. wies ihnen einen Theil seiner auf dem alten Tempelplatz erbauten Residenz an und übergab ihnen mehrere Gebäude der Kanoniker des heiligen Grabes in der Nähe zur Beherbergung armer Pilger, daher nannten sich die Ritter: „Templer" (milites templi oder templarii). Als Kleidung trugen sie einen weissleinenen Mantel mit einem achteckigen blutrothen Kreuz und einen weissleinenen Gürtel. Im Ordenssiegel führten sie ursprünglich den Tempel, später 2 Reiter (1 Ritter und 1 Pilger) auf einem Pferde. 1127 bestätigte Papst Honorius II. den Orden. 1128 gab Bernhard von Clairvaux in Troyes die erste Ordensregel. Mitte des XIII. Jahrhunderts wurden bei der Revision der Statuten die Mitglieder eingetheilt in Ritter, Priester und dienende Brüder. Der Grossmeister hatte fürstlichen Rang, unter ihm standen Grosspriore, die den Provinzen vorstanden, dann die Baillifs, Prioren und Komthure.

da nach Frankreich, wo sie 1308 bis 1312 ganz unterdrückt wurden. — Die Johanniter dagegen gründeten sich durch die Eroberung von Rhodus (1309—1310) unter Fulko von Villaret eine neue Heimath. Ihr Reichthum und ihre Macht wuchs durch die Güter und Besitzungen des aufgehobenen Templerordens von Neuem. Sie fassten damals auch Fuss auf dem Festlande von Kleinasien, so in Smyrna und Halikarnass. Die Insel Rhodus und das daselbst gegründete grosse Hospital zu St. Johannes behaupteten sie 213 Jahre lang gegen die Angriffe der Türken, denen sie durch ihre Flotte besonders gefährlich wurden, bis Soleimann II. am 20. December 1522 die in Trümmer- und Steinhaufen verwandelte Stadt und Feste einnahm unter Gewährung freien Abzuges an den Rest der Ritter und ihren heldenmüthigen Grossmeister Villiers de l'Isle Adam. Dieser zog mit 50 Schiffen und mehr als 1000 Untergebenen nach Kreta, von da nach Messina und endlich nach Viterbo. Dort blieb er 3 Jahre und siedelte dann nach Nizza über. Karl V., der die Bundesgenossenschaft des Ordens für sich gewinnen wollte, übergab ihnen Malta nebst Gozo und die Festung Tripolis in Afrika durch Vertrag vom 20. März 1530 als ein freiadeliges Lehen. Sie gründeten auf Malta die Stadt Valetta und bauten wiederum ein grosses Hospital daselbst, in dem namentlich alle Schiffbrüchigen verpflegt wurden, die durch Zufall auf die Insel verschlagen worden waren. Von hier aus wirkte der Orden namentlich gegen die Türken und Seeräuber, indem er die Sklavenschiffe abfing, die Christensklaven freiliess und in ihr Vaterland zurückbeförderte.

Im Jahre 1775 erhielten die Johanniter (Rhodiser, zuletzt Malteser genannt) die Güter der aufgehobenen Ordensherren des heiligen Anton v. Vienne, der Antoniter, in Frankreich und im Jahre 1782 ein neues Priorat vom Kurfürsten von der Pfalz, Karl Theodor, das unter dem Namen der englisch-bairischen Zunge die ehemals englische Zunge mit ihrem Grossordensamt von Neuem repräsentirte. Unter fortwährenden Kämpfen behaupteten die Malteser ihre Selbständigkeit bis zum Jahre 1798, wo Malta durch Verrath einiger Ritter an Bonaparte übergeben wurde. Im September 1800 nahmen die Engländer Besitz von der Insel, die nun für den Orden endgiltig verloren war. In den protestantischen Ländern hatte der Orden seine Güter schon gleich nach der Reformation zum grossen Theil verloren. Nach der Wahl Paul I. von Russland

---

Macht und Ansehen des Ordens waren damals ungeheuer. 1260 hatte er 20000 Ritter und 9000 Komthureien, Tempelhöfe mit liegendem Besitz, die alle zehntfrei waren.

Doch schon im XII. Jahrhundert klagte man über die Genusssucht und Unmässigkeit der Templer. Für Saufen sagte man sprüchwörtlich: „bibere templariter". 1306 gab der Orden den Kampf gegen die Ungläubigen auf und siedelte unter dem Grossmeister Jacob von Molay nach Paris über. Hier erregten die reichen Güter der Templer die Habgier des Königs Philipp (des Schönen), der die Templer in Frankreich am 13. October 1307 sämmtlich verhaften liess.

Auf Grund gedungener Aussagen über Unzucht, Wollust, Unmässigkeit und Götzendienst, die jedenfalls nur zum kleinsten Theil begründet waren, wurde ihnen der Prozess gemacht. Noch bevor die Akten abgeschlossen waren, liess Philipp 54 Ritter am 12. Mai 1310 verbrennen, denen die Folter kein Geständniss abgezwungen hatte. Papst Clemens V. hob den Orden durch die Bulle vom 22. März 1312 auf, ohne jedoch ein Verdammungsurtheil zu sprechen. Der Grossmeister wurde mit dem 80jährigen Grossprior Guido von der Normandie und mehreren Rittern am 18. März 1313 auf einer Seineinsel in Paris auf des Königs Befehl verbrannt, weil er die auf der Folter gemachten Aussagen öffentlich wieder zurückgenommen hatte.

Die Güter der Templer wurden in Frankreich, Castilien und einem Theil von England von der Krone eingezogen, in Arragonien und Portugal dem Orden von Calatrava, in Deutschland den Johannitern und deutschen Rittern überwiesen.

zum Grossmeister (16. December 1798) zogen fast alle Staaten die Ordensgüter ein. Nach Napoleons I. Sturz versuchte der Orden, sich wiederherzustellen, doch ohne Erfolg. 1829 erlaubte ihm der Papst die Verlegung des Ordenskapitels nach Ferrara, 1834 nach Rom, wo es sich seitdem befindet. Auf Oesterreichs Andringen wurden dem Orden mehrere seiner Besitzungen in den italienischen Staaten zurückgegeben. Kaiser Ferdinand I. stiftete 1841 das lombardo-venezianische Grosspriorat, so dass der Orden heute noch aus der deutschen (österreichisch) und italienischen Zunge besteht. Seit dem Tode des letzten Grossmeisters Johann Tammaris 1805 hatte der Orden nur einen Grossmeisterstellvertreter, bis Papst Leo XIII. durch die Bulle vom 28. März 1879 die Würde des Grossmeisters wieder herstellte. Am Kaiserlichen Hofe in Wien unterhält der Orden, der als souverain gilt, eine Gesandtschaft. Das Hospiz in Jerusalem, dessen Protektorat der Kaiser von Oesterreich übernommen hat, wird durch gemeinschaftliche Beiträge des gesammten Ordens erhalten.

Bezüglich der Einführung des Ordens in die Länder der einzelnen Zungen, ist bekannt, dass sich die Johanniter 1176 in Spanien niederliessen und hier unter dem Namen der Ritter von St. Jago Calatrava y Alcantara im Kampfe gegen die Araber, denen sie Valencia entrissen, grossen Ruhm erwarben. In England bildete Coventry den Hauptsitz des Ordens, der schon im Jahre 1221 bedeutende Privilegien erlangte. In Ungarn fanden die Johanniter 1192 Eingang. Ganz besonderes Interesse erregt die Bildung und Geschichte der bedeutendsten deutschen Ballei, der Ballei Sonnenburg oder das Herrenmeisterthum Brandenburg: Schon unter Raimund du Puy, in dessen letztem Lebensjahre 1160, wurde der Johanniterorden von Albrecht dem Bär, ersten Markgraf von Brandenburg (1134—1170) mit der Kirche in Werben nebst allem Zubehör und sechs Hufen Landes beschenkt. Zugleich wurde bestimmt, dass der aus dieser Schenkung zu erzielende Ertrag den im Spitale zu Jerusalem weilenden Armen jährlich zugeschickt werde. Neben diesem edlen Zwecke der Wohlthätigkeit veranlasste den Markgrafen wohl auch der Gedanke zu seiner Schenkung, dass Werben, ein wichtiger Grenzpunkt gegen die noch nicht beruhigten Wenden, eines kräftigen Schutzes bedurfte, den man von den Johannitern erwarten konnte.

Aus ähnlichen Gründen verlieh Primislaw, Herzog von Ostpommern, den Johannitern 1198 die Burg Starigord an der Berissa mit den dazu gehörigen Ländereien. Aehnliche Schenkungen erfolgten in Braunschweig und Mecklenburg. Im allgemeinen mehrte sich jedoch der Besitz der Johanniter hier nur langsam im Vergleich zu dem der Tempelherren, die in der Neumark reich begütert waren. So bildeten sich in Werben, Mirow, Nemerow, Zachau, Copau und Schlawe Commenden, das heisst „anvertraute Güter" (von commendare) denen man Verwalter „commendatores", meist verheirathete Ritter, vorsetzte. Diese mussten, nachdem sie ihren eigenen Unterhalt bestritten, gewisse Erträge zuerst jährlich an den Orden abführen. Später wurden die Verwalter verpflichtet, diese Beträge in 10jährigen, festgestellten Summen (Responsionen) abzuliefern an die Präceptoren, die sie dem Ordensschatz übersandten. Als 1312 die Templercommenden den Johannitern übergeben wurden, mussten sich die Johanniter mit dem Markgrafen Waldemar in Betreff der Uebernahme dieser Güter in der Mark vergleichen und erkannten am 23. Januar 1318 in Kremmen das Patronatsrecht der Markgrafen von Brandenburg an. Auf diese Weise entstanden im Laufe der Zeit für die Herrscher der Mark das Präsentationsrecht und Confirmationsrecht des Herrenmeisters der Ballei Brandenburg, die damals gebildet wurde. Als der Johanniterorden auf Rhodus Fulko von Villaret zum Grossmeister gewählt hatte, wurde diese Wahl vielfach angefochten, am meisten von den deutschen Johanniterrittern, die sich 1323 vom Orden trennten und die unabhängige Ballei Brandenburg gründeten. Gebhard von Bortfeld wurde zum ersten Johanniterherrenmeister in der Mark erwählt und vom Markgrafen bestätigt. Das Kapitel in Rhodus

erkannte am 11. Juni 1382 durch den Vergleich in Heimbach (Rheinbaiern) die Ballei Brandenburg als selbstständige vom Grosspriorat Deutschland abgetrennte Ballei an, so dass nunmehr eine allerdings sehr lockere Verbindung mit dem Mutterorden wieder hergestellt war. Unter dem Herrenmeister Reimar von Günthersberg (1399 bis 1419) wurde Burggraf Friedrich v. Hohenzollern vom Kaiser Sigismund auf dem Concil in Constanz am 30. April 1415 mit der Markgrafschaft belehnt. Damals huldigten die Johanniter dem neuen Markgrafen, und knüpften eine Verbindung mit dem Hohenzollernhause, die bis heute fest gegründet geblieben und in jüngster Zeit für die Krankenpflege zum grössten Segen geworden ist.

Stadt und Schloss Sonnenburg wurde vom Kurfürsten Friedrich I. im Jahre 1426 dem Herrenmeister Balthasar von Schlieben käuflich überlassen und ist seitdem Sitz der Herrenmeister geblieben. Die Reformation, die von den Johannitern unter Veit von Thümen (1527—1544) angenommen wurde, fand in der Ballei eine starke Stütze. Nicht selten wurden Protestanten Herrenmeister, auch verheirathete, unter ihnen waren Markgrafen von Brandenburg. Prinz August Ferdinand v. Preussen war der 30. und letzte Herrenmeister (1762—1811), sein Adjutor war zuletzt Prinz Friedrich Heinrich Karl von Preussen. Durch die Cabinetsordres vom 30. October 1810 und vom 23. Januar 1811 wurden alle Klöster, Dom- und andere Stifter, Balleien und Commenden als Staatsgüter erklärt und am 23. Mai 1812 die Auflösung der Ballei Brandenburg bestätigt. Dafür wurde gleichzeitig „zu einem ehrenvollen Andenken der nunmehr aufgelösten und erloschenen Ballei des St. Johannisordens“ ein neuer Orden in der Eigenschaft und unter der Benennung „Königlich Preussischer Johanniterorden“ gestiftet, der von 1812 bis 1853 als ein Verdienstorden an Adelige verliehen wurde, bis die Wiederaufrichtung der Ballei Brandenburg durch Friedrich Wilhelm IV. am 15. October 1852 diesem Scheinleben ein Ende machte und dem alten Johanniterorden mit seiner ursprünglichen Bestimmung als Krankenpflegegenossenschaft ritterlichen Standes in der neuen Zeit und in neuer Form zu einem ungeahnten Emporblühen und Wachsthum verhalf.

Was im besonderen die Krankenpflege des Johanniterordens alter Form betrifft, so geben uns die Statuten des Ordensmeisters, Roger de Moulins, hierüber einigen Aufschluss. Es wird dort neben der Einrichtung eines geordneten Kirchendienstes bestimmt, dass vier tüchtige Aerzte (mièges sages) besoldet (louez) werden sollten, vertraut mit der Uroscopie und (nach einem späteren Zusatze) mit der Bereitung der Syrupe, der damals in Arabien allgemein üblichen Arzneiform. Dass die besoldeten Aerzte nicht Ordensbrüder waren, folgt daraus, dass Papst Luzius III. die Anstellung von 4 Aerzten und 4 Wundärzten für das Hospital in Jerusalem ausdrücklich bestätigte.

Auch finden sich Bestimmungen über die Lagerstätten der Kranken, über die im Hospital von Pilgerinnen geborenen Kinder und über die Beerdigung der Toten. Die Oberen (comandeors de maison) und die Brüder sollen den Kranken mit gutem Muthe, ohne Klagen und ohne Murren dienen. Ferner soll das Hospital von Frankreich und das von St. Giles gehalten sein, die für die Kranken (seigners povres) nöthigen baumwollenen Decken, die Priorate von Italien, Pisa und Venedig je 2000 Ellen Barchent, der Prior von Montpellier den zur Bereitung der Syrupe und Latwergen nöthigen Zucker (zwei „Quintaux“), der von Konstantinopel 200 Filzdecken (flautres) jährlich zu liefern. Ferner sollen ausser den Wachen, die von den Rittern gestellt werden, Tag und Nacht Diener bereit sein, der Kranken zu warten. Dreimal wöchentlich sollen die Kranken frisches Schweine- oder Hammelfleisch, nach Umständen auch Hühnerfleisch erhalten, ferner sollen je 2 Kranke sich eines gemeinsamen Pelzes (zu welchem Behufe das Hospital jährlich 1000 Lammfelle gebraucht) und gemeinsamer Fussbekleidung bedienen. Zu diesem Zwecke beschäftigte das

Hospital 2 Schneider und einen Schuhmacher, nebst 4 Gehilfen. Täglich sollen 30 Arme beköstigt und an 3 Tagen der Woche ausserdem den Bedürftigen Wein, Brod und Speisen gespendet werden. In der Fastenzeit soll sodann jeden Sonnabend an dreizehn Armen die Fusswaschung verrichtet und dieselben mit Kleidern und Geldgeschenken versehen werden. Ebenso sollen die aus der Gefangenschaft im Hospital Ankommenden ein Almosen erhalten, alle von ihren Eltern verlassenen Kinder im Hospitale Aufnahme finden, ja sogar arme Brautpaare auf Spitalkosten verheirathet werden. Diese erhebende sociale Wirksamkeit des Ordens wurde nach Rogers Zeit noch bedeutender. Johann von Würzburg berichtet, dass er im Hospital in Jerusalem 2000 Kranke angetroffen habe, und dass 50 Todesfälle an einem Tage eintraten. Die Verehrung und der Ruhm, den der Orden als Wohlthäter der Armen und Kranken fand, soll selbst Saladin veranlasst haben, sich in Accon in das Hospital aufnehmen zu lassen, um sich dort von der selbstlosen Arbeit der Johanniter zu überzeugen.

Die Johanniterschwestern verdienen besonderer Erwähnung. Schon mit Rücksicht darauf, dass es zur Zeit der Gründung des Hospitals St. Johannis in Jerusalem allgemein üblich war, nicht nur Hospitaliter, sondern auch Hospitaliterinnen für die Pflege der Frauen und Kinder der Pilger, aber auch für die allgemeine Krankenpflege in den Bund des Hospitals anzunehmen, und aus kleinen Zügen, wie die statutenmässige Bestimmung über die im Hospitale zu erwartenden Geburten, muss geschlossen werden, dass es nicht gerechtfertigt ist, den Johanniterschwestern die Krankenpflege überhaupt abzusprechen, wie es Uhlhorn thut. Auch aus dem folgenden spricht Manches dafür, dass die Johanniterinnen im Sinne der damaligen Zeit, namentlich in den ersten Jahrhunderten, die Krankenpflege ausübten, wie die Hospitaliterinnen des Soor oder des Ordens vom heiligen Geist. Dass sie sich später in adelige Stiftsdamen verwandelten, die von ihrer Pfründe lebten, ist bei dem Vorbild, das ihnen durch den Hauptorden selbst gegeben wurde, nicht auffallend.

Die Johanniterschwestern waren als consorores dem Orden beigefügt. Im Generalkapitel von 1262 wurde beschlossen, dass im Hinblick auf den Nutzen, der dem Orden aus der Aufnahme solcher Schwestern erwachse, und auf den Schaden, den ihre Abweisung bringen könne, die Ordensprioren befugt sein sollten, Schwestern aufzunehmen, jedoch nur solche, die in keiner Weise mehr in jugendlichem oder verdächtigem Alter ständen. An einzelnen Orten hatten die Johanniterinnen einen Convent, z. B. in Villingen und standen dann unter einer Priorin. Aus der Geschichte der Johanniterinnen ist uns folgendes bekannt: Im Jahre 1099 war eine Römerin Agnes die Superiorin der Hospitaliterinnen zum heiligen Johannes. Auch sie gründeten hier und da Niederlassungen durch die zurückkehrenden Pilger herbeigerufen und eingeführt. 1182 wurden in England mehrere ihrer Genossenschaften zu einer einzigen, der in Buckland, verschmolzen, die bis zur Reformation bestanden hat. Nach der Eroberung Jerusalems durch Saladin scheint sich die grössere Zahl der Schwestern nach Spanien gewandt zu haben, wo Königin Sancha, Tochter des Königs Alfons von Kastilien und Gemahlin Alfons II. von Arragonien in Sixena zwischen Sarragossa und Lerida, ein Kloster der Johanniterinnen zur Aufnahme armer adeliger Mädchen gründete. Die Schwestern verpflichteten sich, für den Johanniterorden zu beten und im Dienste des Hospitals Werke der Barmherzigkeit zu thun. Sixena stand bis 1470 unter dem Grossmeister, dann stellten sich die Johanniterinnen direkt unter den Papst, um schliesslich Ende des 16. Jahrhunderts wieder mit dem Ritterorden insofern in Verbindung zu treten, als die Schwestern jedem neuen Grossmeister durch einen Bevollmächtigten den Eid der Treue leisteten und dem Schatze des Ordens ein silbernes Gefäss verehrten. Dass die Sixenaschwestern der Kranken- und Armenpflege seit dem

14. Jahrhundert nicht mehr oblagen, steht geschichtlich fest. Eine weitere Stiftung ähnlicher Art wurde in Frankreich mit Johanniterschwestern besetzt. 1235 wurde in Beaulieu en Quercy im Département Lot ein kleines Hospital durch den Ritter Guibert von Themines gegründet, das durch seinen Sohn und dessen Gattin Angeline de Maras vergrössert wurde. 1259 übernahmen die Johanniterinnen diese Anstalt, deren erste Priorin Angeline wurde. 1298 gründete der Sohn Guibert ein ähnliches Hospital in Fieux. Nach dem im Jahre 1296 erfolgten Tode Angelines wurde deren Tochter Angeline de Themines Priorin. In demselben Jahre ernannte die Zunge von St. Giles das Hospital in Beaulieu durch den Grossprior, späteren Grossmeister Johann de Villaret, zum ersten Hospital der Ordensschwestern in Frankreich und die Angeline zur Grosspriorin. Die Zahl der Schwestern setzte man in Beaulieu auf 40, in Fieux auf 12 fest. Später wurden beide Anstalten verschmolzen. Mit den Jahrhunderten scheint die Krankenpflege auch hier in den Hintergrund getreten zu sein, denn die Oberin Galiotte de Gordon, Genouillac und Vaillac hielt es zu Beginn des XVII. Jahrhunderts für nöthig zu beantragen, dass an Stelle des alten Hospitals ein neues erbaut werde, damit die Schwestern sich in der Krankenpflege praktisch üben könnten. Sie erhielt jedoch vom „Conseil général de réligion“ eine absagende Antwort, es genüge vollkommen, wenn die Hospitaliterinnen vom heiligen Johannis in Jerusalem die Werke der Barmherzigkeit (Beten und Almosengeben) übten, die von dem Hauptorden (Malteserritter) so erbauungsvoll vollbracht würden. Nach Galiotte's Tode (1619) setzten ihre Anhängerinnen ihre Bestrebungen fort, mussten jedoch auswandern und kamen nach Toulouse, wo sie sich vom Grossprior von Frankreich freimachten und direkt unter den Grossmeister stellten. Dieser, Paul de Lascaris, gab ihnen neue Statuten, nach denen die Wahl der Priorin alle 3 Jahre geschehen sollte, und die Schwestern in 3 Klassen zerfielen: 1. soeurs de justices, die sich der Ahnenprobe zu unterwerfen hatten, 2. soeurs servantes d'offices, denen die Krankenpflege etc. oblag, 3. soeurs converses für die niederen Dienste. (Häser.)

Zeigen diese spärlichen Nachrichten auch nicht ein verdienstvolles Wirken in der Krankenpflege, wie das der Barmherzigen Schwestern und anderer Krankenpflegegenossenschaften, so geben sie doch den Beweis dafür, dass die Johanniterinnen selbst das Bedürfniss nach Bethätigung der Krankenpflege fühlten und diese thatsächlich auch im XVII. Jahrhundert wieder übten.

### β) Der Lazarus-Ritterorden.

Ebensowenig wie der erste Anfang des Johannishospitals und seiner Ritter in Jerusalem ist die früheste Geschichte der „Lazaristen“, der Ritter vom heiligen Lazarus in Jerusalem, urkundlich verbürgt. Als Mutterhaus gilt das domus leprosorum St. Lazari in Jerusalem. Es steht nur fest, dass 1149 Ludwig VII. die Lazarusritter von Palästina nach Frankreich berief, um dort bei einer verheerenden Pest die Krankenpflege durch sie ausüben zu lassen, ferner, dass der Orden im Jahre 1154 das Castrum Boigny bei Orleans vom König Ludwig zum Geschenk erhielt und hier seinen abendländischen Sitz aufschlug. Friedrich II. schenkte ferner dem Orden Besitzungen in Sicilien und Unteritalien. Gottfried von Staufen, sein Sohn Otto und sein Bruder Werner schenkten den Hof Schlatte in Breisgau. Um diese Zeit überlässt Ludwig IV. von Thüringen dem Orden das Spital St. Mariae Magdalenae in Gotha. Hier wurde damals die Landkomthurei Gotha eingerichtet, der die Komthureien Breitenbach, Brunsrode, Sangerhausen und Wachenhausen unterstellt waren. Doch ist hier von Krankenpflege nicht mehr die Rede.

Schon sehr früh bestand auch ein Generalvikariat des Ordens in Ungarn. Nach

der Einnahme des heiligen Landes durch Saladin siedelten die Lazaristen ganz nach Europa über, wo sie von Päpsten und Fürsten sehr begünstigt wurden. Das Ordenskleid bestand in einem langen Mantel, an dessen Seite ein grünes achteckiges Kreuz befestigt war. Der Hauptzweck des Ordens war anfangs die Pflege der Aussätzigen in besonderen Krankenanstalten, „Lazarushäusern, Lazarethen". Doch gelobten die Lazaristen auch den Kampf gegen die Ungläubigen neben den drei gewöhnlichen Rittergelübden, der Armuth, Keuschheit und des Gehorsams gegen die Oberen. Die meisten Ritter müssen bei der Gründung des Ordens selbst Aussätzige gewesen sein, denn der Grossmeister musste aus der Zahl der Aussätzigen gewählt werden. Wenigstens steht urkundlich fest, dass die Lazarusritter im Jahre 1253 den Papst Innocenz IV. um die Erlaubniss ersuchten, den Grossmeister nicht nur aus den Reihen der aussätzigen Ritter wählen zu dürfen, sondern auch aus der Reihe der nicht aussätzigen, da alle Aussätzigen von den Ungläubigen getödtet worden seien. Erst im Jahre 1257 wurden die Lazaristen in die Reihe der vollgiltigen Ritterorden aufgenommen, indem ihnen Papst Alexander IV. gestattete, nach der Regel des heiligen Augustin zu leben, sie unter den Schutz des päpstlichen Stuhles stellte und sie in allen von Kaiser Friedrich II. und König Heinrich von England geschenkten Besitzungen bestätigte. Papst Clemens IV. (1265—1266) ging so weit, unter Androhung der Excommunication allen Prälaten aufzugeben, die Aussätzigen zu zwingen, sich in die Hospitäler der Lazaristen zu begeben und ihnen ihr ganzes Vermögen zu vermachen. Da der Aussatz in Italien schon Ende des XV. Jahrhunderts selten geworden war, hob Innocenz VIII. 1490 den Lazaristenorden auf und vereinigte ihn mit dem Johanniterorden. Die französischen Ritter bestanden mit Genehmigung des Papstes noch fort.

Auch in Italien bestand der Orden trotz der Aufhebung fort und zwar mit seinem Sitz in Capua. Pius IV. stellte ihn 1565 amtlich wieder her und machte einen seiner Verwandten Joannos de Castillon zum Grossmeister. Nach dessen Tode erwirkte Emmanuel Philibert, Herzog von Savoyen, 1572 die Vereinigung mit dem Mauritiusorden, dessen Grossmeisterthum er sich und seinen Nachkommen vorbehielt. So bekam er freie Verfügung über die bedeutenden Güter der Aussatzhäuser, die er in Hospitäler umwandelte und durch neue allgemeine Krankenhäuser (Turin, Nizza, Aosta, Lanza etc.) ergänzte.

In ähnlicher Weise, wenn auch weniger günstig für die Krankenpflege, verfuhr König Heinrich IV. von Frankreich, indem er den Ritterorden Notre dame de Mont Carmel errichtete und die französischen Lazaristen in diesen aufgehen liess. Zum Grossmeister des neuen Ordens ernannte er den Lazaristengrossmeister und Befehlshaber der Leibwache Philipp von Nerestang. Die Krankenpflege trat nun vollständig zurück. Persönlicher Schutz des Königs in Kriegszeiten, Kampf gegen die Ungläubigen, fromme Uebungen und Keuschheit in der Ehe, die zweimal, selbst mit Wittwen gestattet war, machte von jetzt an das Gelübde der Ritter aus. Ludwig XIV. bestätigte diesen Orden, der nur noch aus invaliden höheren Officieren bestand, in dem Besitz aller Güter der Lazaristen, die zur Krankenpflege nicht mehr benutzt wurden, und vereinigte noch verschiedene andere Ritterorden und Hospitäler nebst ihren Besitzungen mit jenen, so den Orden St. Spiritus von Montpellier, St. Jaques de l'epée, den Orden vom heiligen Grabe, den französischen Zweig des deutschen Ordens, St. Jaques de Haut Pas und Andere. Die Einkünfte sollten in erster Linie dazu dienen, kranke Truppen zu pflegen.

Als sich gegen diese Verschmelzung ein allgemeiner Protest erhob, wurde das Edict von 1672 durch das vom Jahre 1693 widerrufen. Das Edict vom 24. August 1693 zog die Aussatzhäuser nunmehr sämmtlich ein und bestimmte deren Vermögen zur Gründung neuer Krankenanstalten. Im Jahre 1703 erhielt der Orden St.

Lazare et Notredame de Mont Carmel neue Statuten, durch die den Rittern der Schutz der Kirche, die Barmherzigkeit gegen die Armen und die Pflege der Aussätzigen wieder zur Pflicht gemacht wurde. In der französischen Revolution verschwand der Orden, wie viele andere spurlos. In Spanien lebte der Orden vom heiligen Lazarus, hier auch Orden des heiligen Antonius genannt, bis 1787 ununterbrochen fort, während er in Sardinien nur noch Ordensdecoration war. Ueber weibliche Mitglieder des Ordens fehlen die Nachrichten vollkommen.

### γ) Der deutsche Orden.

Der Ritterorden des deutschen Hauses, oder vollgenannt, der „Orden der Brüder vom deutschen Hause St. Mariae in Jerusalem" ist im wesentlichen eine Nachbildung der Templer und Johanniter. Die ritterliche Bekämpfung der Ungläubigen wurde jenen, die Krankenpflege und barmherzige Nächstenliebe diesen entlehnt. Charakteristisch für den Orden ist, dass er im Gegensatz zu jenen beiden hochadeligen Orden hauptsächlich bei den Städten und in bürgerlichen Kreisen Eingang und Sympathien findet, so dass ihm viele bürgerliche Spitäler, die von einzelnen Personen oder den städtischen Behörden gestiftet waren, zur Verwaltung übergeben wurden. Wie Uhlhorn betont, bildet der deutsche Orden auf diese Weise gewissermassen einen Uebergang der ritterlichen zu den bürgerlichen Krankenpflegegenossenschaften.

Im Jahre 1128 soll ein frommer deutscher Mann, der mit seiner Frau in Jerusalem lebte, ein „Xenodochium" für die deutschen Stammesgenossen, die der dortigen Sprache unkundig waren, errichtet und bei der Vermehrung des Besuchs jener Anstalt auch eine Kapelle zu Ehren der Jungfrau Maria erbaut haben. Seine Frau widmete sich den deutschen Frauen in Beherbergung und Pflege. Allmählich sammelten sich auch Pflegende in diesem deutschen Hause, lebten nach der Regel des heiligen Augustin und nahmen als Kleidung einen weissen Mantel mit schwarzem Kreuz an, als Genossenschaft der Brüder vom Hospitale der heiligen Jungfrau Maria in Jerusalem. Als zu den Hospitälern auch Ritter traten, wurde der Kampf gegen die Ungläubigen zur Pflicht. Zwistigkeiten zwischen den Johannes- und Marienbrüdern veranlassten den Papst Cölestin II. im Jahre 1142, das deutsche Hospital unter die Oberaufsicht des Meisters vom Johanneshospitale zu stellen und zu bestimmen, dass die deutschen Hospitaliter nur Deutsche aufnehmen sollten. So blieben die deutschen Ritter lange in einer gedrückten Stellung, wie auch ein französischer Geschichtsschreiber des XIII. Jahrhunderts von ihnen berichten konnte: „In Niedrigkeit, Armuth und Frömmigkeit sind die deutschen Hospitaliter durch lange Zeit rein geblieben von Stolz, Habgier und Zwietracht". —

Nach der Eroberung Jerusalems (3. October 1187) starben die mit dem Schwert betroffenen durch die Hand des Siegers, die Pfleger dagegen erhielten von dem für ihre Werke der Barmherzigkeit von hoher Verehrung erfüllten Sultan Saladin die Erlaubniss in Jerusalem bleiben zu dürfen. Sie lagen in gewohnter, selbstloser Weise der Krankenpflege hier ob bis 1219, wo Jerusalem vom Sultan Korradin vollständig zerstört wurde und die deutschen Ritter den Platz verlassen mussten. Die eigentliche Begründung des deutschen Ritterordens ist mit der Belagerung von Accon (1190—1191) verknüpft. Damals war das Heer der Kreuzfahrer durch die Angriffe Saladins, durch Hunger und Seuchen, grossen Mühsalen ausgesetzt. Bürger von Lübeck und Bremen, die mit Adolf, Grafen von Holstein, nach Palästina gekommen waren, übernahmen mit dem im Lager befindlichen Theil der Brüder vom deutschen Hause in Jerusalem, die Pflege der Kranken. Dies fromme Wirken veranlasste den Herzog Friedrich von Schwaben im Jahre 1191 nach dem Muster der Templer (die meist Franzosen) und der Johanniter (die meist Italiener) einen Orden der deutschen

Ritter zu gründen. Da Herzog Friedrich starb, ehe die Bestätigung der neuen Stiftung durch Clemens III. anlangte, erfolgte die Wahl der ersten 40 Ordensritter durch König Heinrich von Jerusalem. Hermann Walpoto wurde zum Meister gewählt. Als Accon mit französischer Hülfe am 12. Juli 1191 erstürmt war, gründeten die Deutschritter in der eroberten Stadt ein deutsches Haus nebst Hospital und Kirche mit besonderen Festungswerken umgeben. Neue Satzungen theilten die Mitglieder ein in Streiter und Pfleger, zu denen etwa 30 Jahre später auch Priester traten. Als erste europäische Besitzung erhielten sie vom Kaiser Heinrich VI. ein Spital in Barletta in Sizilien geschenkt. Zu den frühesten Niederlassungen in Deutschland gehörte der in Halle a. S. beim Spital der heiligen Kunigunde gegründete Convent, „Das deutsche Haus zu Halle", 1204. Damals wurde die Ballei „Thüringen" errichtet unter dem Ordensmeister Hermann Barth (1206—1210). Die Ballei Oesterreich wurde gegründet mit der Uebernahme des Spitals zu Friesach in Kärnthen. Die Ballei Koblenz mit der Uebernahme der Kirche und des Spitals in Wiesbaden und des Hospitals St. Florian in Koblenz, das schon 1110 gegründet, im Jahre 1216 dem Orden übergeben wurde. Die Ballei Hessen wurde eingerichtet nach der Uebernahme des von der heiligen Elisabeth in Marburg gestifteten Hospitals. Der Orden blieb jedoch klein an Zahl und Macht, bis er unter dem Ordensmeister Hermann von Salza (1210—1239) von Kaiser Friedrich II. reich beschenkt wurde mit Gütern und Privilegien. 1214 wird das Spital in Altenburg, 1216 das in Ellingen, 1222 das reiche Hospital in Sachsenhausen erwähnt, ferner in dieser Zeit die Spitäler in Saarburg, Speier, Vilvorde, Sterzing, St. Mariae in Wibetal bei Sterzing, Neuss, Köln, Bremen und vor allem in Nürnberg das Spital der heiligen Elisabeth, das das Hauptspital des Ordens in Deutschland wurde, wie das von Elbing das Hauptspital in Preussen.

Aus dem von König Andreas von Ungarn dem Orden geschenkten Land Burza wurden die Ritter von Andreas selbst 1225 wieder vertrieben, nachdem sie es befestigt und kolonisirt hatten. — Nach Accons Fall im Jahre 1295 verliessen die Deutschritter das gelobte Land und siedelten nach Venedig und 1309 nach Marienburg über. Hier im heidnischen Preussen war schon seit 1226 vom Orden mit Erfolg kolonisirt und das Land urbar gemacht worden. Das Wirken des Ordens an den Ufern der Ostsee ist von der grössten Bedeutung gewesen für die Ausbreitung des Christenthums, der Gesittung und des Wohlstandes in den weiten Ländergebieten, die die Wiege Preussens werden sollten.

Herzog Konrad von Kujavien und Masovien berief den deutschen Orden zur Bekämpfung der an seine Länder grenzenden heidnischen Preussen zu sich, indem er ihnen das ihm von den Preussen entrissene Kulmerland und alle von ihnen noch zu erobernden Ländereien verhiess. Im März 1226 verlieh Friedrich II. dem Hochmeister Hermann v. Salza und seinen Nachfolgern das Kulmerland und Alles, was sie noch erobern würden als Lehen des Reiches. Hierdurch erhielten die Hochmeister Reichsfürstenwürde und fügten nun ihrem Wappen noch den schwarzen Adler an. Im Jahre 1230 wurde Hermann Balk mit Rittern und Reisigen nach Preussen gesandt und zum Landmeister ernannt. Nach heissen Kämpfen während der nächsten 53 Jahre besass der Orden das Land von der unteren Weichsel bis zur Mitte der Memel. 1237 trat der zur Bekämpfung der Liven, Kuren und Esthen gestiftete Orden der Schwertbrüder in den deutschen Orden über, der hierdurch Kurland, Semgallen und Livland gewann, während Esthland im Besitz der Dänen blieb. In der zweiten Hälfte des XIII. Jahrhunderts waren die Besitzungen des Ordens am ausgedehntesten, es wurden damals gezählt die Landkomthureien: Livland, Preussen, Deutschland, Oesterreich, Apulien, Sicilien, Spanien, Romanien (griechisches Kaiserreich), Armenien und schliesslich Palästina, das direkt unter dem Hochmeister stand. Bis auf Livland, Preussen, Deutschland und Oesterreich gingen jedoch alle Komthureien sehr bald

wieder verloren. 1308 kaufte der preussische Landherrenmeister das Herzogthum Pomerellen mit Danzig, Dirschau und Schwetz vom Markgrafen von Brandenburg. Seit dieser Zeit beginnt der Antagonismus zwischen dem Orden und Polen. Daneben wurden die heidnischen Littauer fortwährend befehdet, bis die Ritter bei Tannenberg, am 15. Juli 1407, derart geschlagen wurden, dass Alles verloren ging, bis auf die Feste Marienburg, die nur durch die Umsicht Heinrichs von Plauen gerettet wurde. Nur langsam erholte sich der Orden, bis er nach einem zwölfjährigen Kriege mit Polen von 1455--66 an dieses die westliche Hälfte von Preussen sammt Ermeland verlor und für die östliche die Lehnshoheit des Polenkönigs anerkennen musste. Nach der Reformation machte schliesslich der Hochmeister Albrecht von Brandenburg-Ansbach Preussen zu einem erblichen Herzogthum, das er am 10. April 1525 vom König von Polen als Lehen empfing. Seinem Beispiele folgte 1561 der livländische Herrenmeister Gotthardt von Kettler, der Livland Polen abtrat und Kurland und Semgallen als ein erbliches Herzogthum und als Lehen vom Polenkönig empfing. Trotz des Einspruchs des Ordens, des Kaisers und trotz der Reichsacht blieben diese selbstständigen Fürstenthümer bestehen, so dass der Deutschorden nunmehr nur noch 12 Balleien besass, nämlich: Thüringen, Oesterreich, Hessen, Franken, Koblenz, Elsass, Bozen oder an der Etsch, Utrecht, die bedeutendste der Balleien, Alten-Biesen, Lothringen, Sachsen und Westfalen.

1809 erklärte Napoleon in Regensburg den deutschen Orden in allen Staaten des Rheinbundes für aufgehoben und machte seine Güter zu Krongütern. Der Orden besass nunmehr nur noch die Balleien Oesterreich und Utrecht.

König Wilhelm von Niederlanden erkannte 1815 die Ballei Utrecht in ihrem vollen Umfang an, so dass sie noch jetzt im Besitz aller Privilegien und Güter sich befindet. Oesterreich erklärte 1834 die Ordensgüter als kaiserliches Lehen. Kaiser Ferdinand I. gab am 28. Juli 1840 neue Statuten, wonach der Orden selbstständiges geistlich-ritterliches Institut ist, das sich die Kindererziehung und Krankenpflege, besonders aber die freiwillige Krankenpflege im Kriege zur Aufgabe stellt.

Der deutsche Orden hat am längsten von allen ritterlichen Krankenpflegegenossenschaften sein Gelübde bewahrt, in erster Linie: die Pflege der Elenden und Kranken, dann: die Kirche vor ihren Feinden zu schützen, drittens: „Gehorsam und Treue.“ Wer in den Bund eintreten wollte, musste deutscher Abkunft, edler Geburt, gesunden Leibes und reinen Wandels sein. Als später dem Orden gestattet war, auch Halbbrüder zu erwählen, die nicht durch die strengen Gelübde, im besonderen nicht durch das der Ehelosigkeit gebunden waren, die aber an den allgemeinen Vorrechten des Ordens theil hatten (Ablass, Ausnahme vom Interdikt und Andere) traten nicht nur Fürsten und Herren in dieses nahe Verhältniss zum Orden, sondern auch Bürgerliche, die sich der Krankenpflege widmen wollten. Sie trugen das halbe Kreuz. Den Rittern am nächsten standen die geistlichen Brüder, die sich wieder in eigentliche Priester und in Diener des geistlichen Amtes, in „Priesterbrüder“ und „Pfaffenbrüder“ unterschieden. Auch diese waren meist bürgerlicher Abkunft. Ausserdem waren noch Beamte für die Dienste des Hauses und dienende Brüder verschiedener Art für die geringeren Verrichtungen vorhanden. Die Ritter sassen in den Landkomthureien vereinigt zu Conventen in Ordenshäusern („Deutsches Haus“). In jedem Ordenshause war eine „Firmarie“ (infirmarium), über der ein Firmarienmeister stand. Er hatte für die Bedürfnisse der Anstalt, besonders aber für die leibliche Pflege und Beköstigung der Kranken zu sorgen. Die ärztliche Pflege war für den Bereich einer Landkomthurei, der Obhut des „Spittlers“ übergeben, dem Aerzte zur Seite standen. Die Oberaufsicht über die Firmarien wie überhaupt über alle anderen Angelegenheiten der Ordenshäuser und Convente lag dem Komthur der Landkomthurei ob, dem ersten der Gebietiger, zu dem der Marschall (Kriegsminister und Oberanführer),

Spittler (Medicinalwesen), Trappier (Ausstattung und Bekleidung) und der Tressler (Finanzminister und Domainenvorsteher etc.) hinzukam. Am Sitz des Ordens waren die obersten Gebietiger: der Grosskomthur, der Oberstmarschall, der Oberstspittler, Obersttrappier und Obersttressler. Dem Oberstspittler, dem ältesten und ehrwürdigsten Amte, war die oberste Aufsicht über die Firmarien, sowie über die Kranken und die Anstellung der Aerzte anvertraut. Das Spital in Elbing war das grösste in Preussen und Sitz des Oberspittlers. Im Haupthause in Marienburg waren 2 Firmarien, eine für alte und kranke Ritter, Brüder, Priester, Pfaffen, dies die sog. Herrenfirmarie, die andere für die Knechte, das Hof- und Hausgesinde, sowie für sonstige Kranke.

Den Deutschrittern standen ebenso wie den Johannitern und den meisten Hospitalitergenossenschaften von Anfang Frauen (Schwestern) zur Seite, zur Unterstützung in der Pflege der Gebrechlichen und Kranken. Sie zerfielen in Vollschwestern, Conventualinnen, die durch die drei geistlichen Gelübde nach einem Probejahr dem Orden verbunden, in den Schwesterhäusern des Ordens in Conventen vereinigt, der Krankenpflege walteten, sie trugen weisses Kleid mit schwarzem Kreuz, durften die Schwesternhäuser nie verlassen und standen unter Priorinnen und einer Meisterin. Ferner waren Halbschwestern vorhanden, die dem Orden ebenfalls durch die drei geistlichen Gelübde verbunden waren, aber von der Klausur befreit waren und ausgehen durften, auch nicht im Ordenshause schliefen, deshalb „Ausgeheschwestern“ genannt wurden. Sie waren zu niederen Diensten, aber auch zur Krankenpflege bestimmt und trugen ein halbes Kreuz auf dem Kleide. Ueber ihre Geschichte sind nur spärliche Nachrichten vorhanden: In Bern bestand seit dem Jahre 1342 ein Schwesternhaus (Frauenkloster des deutschen Ordens im Rüwenthal) ein zweites befand sich im Wippthale bei Sterzing (unter dem Namen des heiligen Geistspitales). Ferner wurde in der niederländischen Provinz Drenthe 1271 von den Rittern der Ballei Utrecht das Schwesternhaus zu Bun, dann im Jahre 1299 das Haus der deutschen Schwestern in Schotten, auch Oldeschott genannt, in der Provinz Friesland, Ballei Utrecht, gegründet. Erwähnt werden noch das Nonnenkloster des deutschen Ordens bei St. Katharina in Frankfurt a. Main, ferner die Häuser in Bremen, Sachsenhausen, Hitzkirch, Speier und Lüttich, wo nur „Ausgehschwestern“ waren.

## 2. Die nichtritterlichen Krankenpflegegenossenschaften.

### α) Beginen und Begarden.

In einer Zeit, in der die Zahl der verwittweten Frauen und unverheiratheten Mädchen in Folge andauernder Kriege (besonders der Kreuzzüge) die Zahl der Männer und Versorger in ausserordentlicher Weise überstieg, bildeten die unversorgten Frauen und Jungfrauen Erwerbsgenossenschaften, die ihnen Unterhalt, Erwerb und Versorgung im Falle der Krankheit oder Alter gewährleisteten. Dies ist der erste Zweck der Gründung von Beginenconventen gewesen. Später als die Kirche die Existenz der Beginen in Frage stellte, wurden sie auch zu religiösen Motiven gedrängt. Während einige wohlhabende, auch reiche Beginen in den Urkunden erwähnt werden, zum Beispiel die Seslindis, die 1295 dem Kloster Arnsberg ein Gut schenkte, dann die Sevilia, die 1342 in Mainz einen Altar schenkte und mit Einkünften ausstattete, galten die Beginen im Allgemeinen als Arme, die man unterstützen müsse. Durch Legate und Schenkungen wurden einige Beginenhäuser wohlhabend, auch reich, meist aber waren es Armenhäuser für Frauen- resp. Krankenheimstätten. Der Ursprung des Namens steht nicht fest. Am meisten wahrscheinlich klingt die Ansicht, dass der Name mit dem Pfarrer Lambert de Bègue oder Bègues in Lüttich zusammenhängt.

Dieser gründete einen Hof mit einem Hospital und einer grossen Anzahl einzelner Häuschen, in denen Frauen und Jungfrauen fern vom männlichen Geschlecht in frommen Uebungen und nützlicher Thätigkeit ohne geistliche Regel zusammenlebten. Lambert starb, von der Geistlichkeit wegen seines freieren Denkens angefeindet und der Zauberei angeklagt, im Jahre 1187, nachdem ihn Papst Urban III. in Rom verhört und freigesprochen hatte.

Ueber die geschichtliche Entwickelung der Beginen ist folgendes zu erwähnen: Schon im Jahre 1215 hatte ein päbstliches Edikt die Errichtung neuer Orden verboten. Um eingetretene Missbräuche zu treffen, setzte eine Synode in Fritzlar im Jahre 1244 zur Aufnahme in die Beginenhöfe ein Alter von 40 Jahren fest. Trotzdem entwickelten sich jene Höfe ausserordentlich schnell und stark. Beginenhöfe resp. Beginen werden urkundlich aufgeführt in Frankfurt a. M. im Jahre 1242, in Köln 1247, hier sollen schon ums Jahr 1250 im ganzen 2000 Beginen gewesen sein, in München im Jahre 1248, in Strassburg und Hamburg 1255, in Bremen 1259, in Augsburg 1263, in Paris 1264, in Worms 1275, in Koblenz 1276, in Mainz 1281, in Rostock 1283, in Speier 1285, in Fritzlar 1286, in Wismar 1290, in Rheims 1294, in Halberstadt 1302, in Erfurt 1308. Durch das Konzil von Vienne wurden im Jahre 1311 Beginen, Begarden etc. als Ketzer bezeichnet. Dem ungeachtet bildeten sich überall in Deutschland Beginenhäuser. In Frankfurt a. M. sollen allein 57 Beginenhäuser vorhanden gewesen sein, die alle im XIV. Jahrhundert gestiftet wurden. In Strassburg sind 60 Beginenhäuser (Höfe), in Basel 30, in Köln (im Jahre 1452) 106 Höfe mit 890 Mitgliedern nachgewiesen worden. Noch im XV. Jahrhundert wurden Beginenhöfe in Görlitz, Rochlitz, Lübeck, Leipzig, Salzwedel, Königsberg (in der Neumark) gegründet. Da man in Deutschland am Namen Anstoss nahm, nannten sich die Beginen hier auch „Seelschwestern.“ Durch die Reformation verschwanden die Beginen aus Deutschland vollständig, während sie sich in den Niederlanden noch erhielten. In Gent und Löwen bestehen sie jetzt noch. Die Höfe und ihr Besitz kamen z. Th. an die Kirche, z. Th. wurden sie Kranken- und Armenhäuser und städtisches Gemeindeeigenthum. In Frankreich sollen die Hospitaliterinnen der heiligen Martha von Bourgogne von den Beginen herstammen und zwar von denen von Mulines. Das bedeutendste der Hospitäler dieses Ordens war das von Beaune, das 1443 von Nicolas Robin, Kanzler des Herzogs Philipp des Guten von Burgund gegründet wurde. Für vornehme Kranke waren hier besonders prächtig ausgestattete Zimmer, jedes mit 3 Betten für den einzelnen Kranken vorhanden.

Zuweilen lebte eine wohlhabende Wittwe in ihrem eigenen Hause als Begine mit einigen dazugewonnenen und genommenen Frauen in Beginenschwesterschaft. Nach ihrem Tode fiel dann das Besitzthum der Schwesternschaft zu. Derartige Häuser wurden auch Gotteshäuser genannt und führten ein über der Thür gemaltes oder in Stein gehauenes Kreuz als Merkmal.

Im Allgemeinen trugen die Beginen schwarze Kleider, vereinzelt auch blaue, daher dann: „blaue Beginen“, so in Lüneburg und Wismar. Sie gelobten Keuschheit und Gehorsam, konnten jedoch zu jeder Zeit austreten und heirathen, auch blieb ihr Vermögen zu ihrer freien Verfügung. Die gemeinsame Wohnstätte war der Beginenhof, ein umfangreiches mit hohen Mauern umgebenes Grundstück, mit grösseren oder kleineren Häusern, in denen je 2—4 Beginen wohnten. Jede einzelne führte ihren kleinen Haushalt, die Aermeren lebten von dem Ertrage ihrer Handarbeit, vom Unterricht etc. Es war einzelnen Beginen auch gestattet, ausserhalb des Hofes in ihren Familien zu wohnen, sie durften dann aber nicht die Beginenkleidung tragen und genossen die den Beginen gewährte Steuerfreiheit nur im geringen Maasse. Den Beginen war freigestellt, womit sie sich beschäftigen wollten, ob mit Spinnen oder Weben oder Unterricht oder Bewahren von kleinen Kindern oder mit

der Krankenpflege. Die meisten Beginen widmeten sich dieser, die sie in Spitälern, Krankenanstalten oder in der Gemeindepflege ausübten. Denn sie durften auch in den Privatwohnungen der Kranken pflegen und wurden dafür honorirt, nur die Stadtarmen mussten sie umsonst pflegen. Selbstverständlich wurde auch in den Beginenhöfen die Krankenpflege an den Beginen von Beginen selbst ausgeübt. Zuweilen wurde ein vorhandenes Hospital die Veranlassung zur Stiftung eines Beginenhofes (z. B. Vilvorde, Cambray). Später fand das Umgekehrte statt, aus einem Beginenhof wurde ein Armenhaus oder ein Hospital (z. B. in Halberstadt). In Köln wohnten Beginen über den Pfründnern im Spitale, bis die Beginen alle Pfründen eingenommen hatten und das Spital ein Beginenhof geworden war. Ueberall aber, wo Beginenhöfe erwähnt werden, war es Brauch, dass die Beginen in die Privathäuser gingen und Kranke pflegten. So kann man in der Begine die mittelalterliche Gemeindepflegerin (Diakonisse) sehen.

In der Begine lebte die reformatorische Ansicht: man könne schon hier auf Erden ohne Fasten und Kasteien den höchsten Grad der Vollkommenheit erreichen und zum Anschauen Gottes kommen.

Noch mehr jedoch gingen die Brüderschaften der Begarden gegen die Werkgerechtigkeit der Kirche an. Sie sollen 1228 ebenfalls in den Niederlanden gestiftet sein und anfänglich aus armen verheiratheten Webern bestanden haben, die bei der Ausübung ihres Handwerkes gewisse fromme Gebräuche beobachteten. Später ahmten sie die Lebensweise der Beginen nach.

Wegen ihrer, der freieren Glaubensgemeinschaft hinneigenden Ansichten, die später im Protestantismus fest begründet wurden, sind Beginen wie Begarden von der Kirche als Ketzer, wie schon Lambert le Bègue, verfolgt und, wo ihnen nicht der Schutz der weltlichen Macht zur Seite stand, unterdrückt worden. Hierzu kam noch, dass bei Beiden Genusssucht (ein leckeres Mahl nannte man in Strassburg: „Beginenbusse“), Unzucht und Kuppelei (ein Beginenhof in Frankfurt führte wegen der Liederlichkeit der Insassen den Namen: „Mantelgotteshaus“), Klatschsucht und ähnliche üble Eigenschaften hier und da hervortraten und der ganzen Einrichtung schadeten. Die Krankenpflege wurde bei solchen liederlichen, klatschsüchtigen Pflegern und Pflegerinnen ein gefährliches Ding, vor dem Pfarrer Geiler von Kaisersberg mit gutem Recht warnt.

Die Begarden entarteten bei ihrem bisweilen unstäten und müssigen Leben noch weit eher. Da man mit dem Namen Begarden auch die Alexianer benannte, seien diese schon hier kurz besprochen. Sie sind eine Brüderschaft, zum Zwecke der Krankenpflege und Leichenbestattung begründet, nach ihrem Schutzpatron, dem heiligen Alexius benannt und in seinem Sinne „willige Arme“, meist ungebildete Handwerker, die nach der Regel des heiligen Augustin lebten. Im Jahre 1350 werden sie schon in Deutschland, Brabant und Flandern erwähnt. Gregor XI. (1370—84) und Bonifaz IX. (1390—1404) beschützten sie in kräftigster Weise, obwohl sie nur Laien und keine Priester aufnahmen, sondern sich kirchlich an die Parochialkirche hielten.

Sixtus IV. bestätigte sie 1472 aufs Neue, gab ihnen eine straffere Organisation, und erlaubte ihnen, sich einen Generalvisitator wählen zu dürfen und Kapellen mit Glockenthürmchen zu erbauen. Doch blieben sie stets der zuständigen Pfarrkirche unterstellt.

Ihre Kleidung bestand in einem grauen, um den Hals in zahlreiche Falten gelegten Mantel mit Kapuze und schwarzem Skapulier. Sie waren Gemeindepfleger, aber auch Kriegskrankenpfleger; so sandte sie der Rath der Stadt Frankfurt nach der Niederlage der städtischen Truppen bei Hanau auf das Schlachtfeld, um die Todten zu bestatten und die Verwundeten zu pflegen. Von Cella, das Grab, wurden sie auch Celliten genannt, zumal ihnen die Pflicht oblag, die Todten der Gemeinde zu Grabe zu geleiten.

Auch Alexianerinnen gab es, die aus Beginen entstanden waren, so in Köln das Haus Nazareth, St. Ursula, St. Elisabeth, „Zum Zederwald“ etc. Sie hatten die St. Ursula zur Patronin.

Wir stossen bei den Alexianern zum ersten Mal auf die charakteristische Umänderung der Krankenpflegegenossenschaften aus geistlichen, z. theil adeligen, kirchlich und gesellschaftlich selbstständigen Vereinigungen in rein bürgerliche Brüderschaften, die wie jeder andere Bürger der Pfarrkirche unterstellt und von den städtischen Obrigkeiten direct abhängig sind. Der Rath der Stadt (z. B. Frankfurt, Halberstadt) giebt ihnen die Ordnung, nach der sie ihre Berufsarbeit der Krankenpflege auszuüben haben. In Halberstadt führte die Alexianer-Brüderschaft sogar das Stadtwappen in ihrem Wappen unter der heiligen Anna und Maria mit dem Kinde. Es beginnt die Ueberleitung zur bürgerlichen Armen- und Krankenpflege.

### β) Kalandsbrüderschaften.

Diese stehen mit der Krankenpflege nur in lockerem Zusammenhang insofern, als sie die Noth ihrer Mitmenschen, besonders ihrer Mitbrüder überhaupt zu lindern suchten. Es waren Anfangs Vereine von kirchlich gesinnten Pfarrgemeindemitgliedern nach Art unserer modernen Parochialvereine und Hausväterversammlungen. An ihrer Spitze standen die Parochialgeistlichen. Am Ersten jeden Monats (Calendae, deshalb fratres calendarii) kamen sie zusammen zu gegenseitiger Aussprache, zur Förderung des sittlichen und religiösen Lebens durch näheren friedlichen und liebevollen Umgang, strenge Uebung der religiösen Pflichten und gemeinsame Andachtsübungen, zugleich bereit, sich gegenseitig in Noth beizustehen und ein Mittel- und Sammelpunkt für Gleichgesinnte zu sein. Sie leisteten sich und ihren hilfsbedürftigen Angehörigen, aber auch andern Mitmenschen jede Hilfe, Pflege in Krankheiten und die Ehre des letzten Geleites, wobei den jüngsten Brüdern zufiel, die Todten zu bestatten. (Aehnliches hat sich bis heute unter den Halloren in Halle a. S. erhalten.) In Pestzeiten haben die Kalandsbrüder bisweilen erhebende Beispiele von Opfermuth gegeben. Vom Kloster Ottberg im Gebiet der Abtei Corvey in Westfalen verbreiteten sie sich seit dem XIII. Jahrhundert über ganz Niederdeutschland, Niederlande und Frankreich. Sie wurden von Päpsten und Fürsten begünstigt und beschenkt. In Lübeck kamen sie besonders seit dem schwarzen Tode (1350) und nach der grossen Pest (1370) in Aufnahme. Später überliess man die oft und Manchem recht lästigen Geschäfte des Krankenpflegens und Bestattens besoldeten Dienern.

Die Kalande hatten in ihren Reihen Vornehme und Geringe, Reiche und Arme, Männer und Frauen. Ueber die in den Bund Aufzunehmenden fand eine geheime Berathung statt, bei der vorzugsweise der sittliche Ruf in Betracht kam. Nach ihren Vereinsversammlungen fand ein gemeinschaftliches Mahl statt, das mehr und mehr in Ueppigkeit, Völlerei und bisweilen auch Unzucht ausartete. Man nannte die Bundesmitglieder daher auch „Kalandsfestbrüder“ und Schlemmen nannte man „Kalandern“. An manchen Orten verwandelte sich das Kalandsversammlungshaus in eine Bierschenke, die den Geistlichen als Zechstube diente, damit sie nicht genöthigt waren, gemeinere Gastwirthschaften aufzusuchen. Schon vor der Reformation wurden „die Kalandsbrüderschaften“ wegen Völlerei überall aufgehoben. Mit der Reformation verschwanden sie ganz, ihre Güter wurden zu milden Stiftungen verwandt oder fielen andern Orden zu, wie den Johannitern in der Mark Brandenburg und in Pommern.

### γ) Hospitaliter und Hospitaliterinnen.

Die Geschichte weiss von dem selbstlosen, stillen Wirken dieser geistlichen Laienverbrüderungen aus rein bürgerlichen Kreisen nicht viel zu erzählen, während sie für die Krankenpflege von grösserem Werth und eine Quelle steter Förderung und anregender Arbeit in höherem Maasse gewesen sind, als die zeitweise so machtvollen und glänzenden Ritterorden. Bei der grossen Bedeutung, die den Hospitalitern mit Rücksicht auf die Krankenpflege und deren Entwickelung beigelegt werden muss, ist es nöthig, auf ihren ersten Ursprung näher einzugehen. Dieser ist mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die Xenodochien zurückzuführen. Während in den ersten Jahrhunderten nach Christi Geburt adductores, ministri, parabalanen und parapempontes dafür Sorge trugen, dass die hilfsbedürftigen und fremden Pilger glücklich in die Xenodochien gelangten und dort verpflegt wurden, waren es später ähnliche Verbrüderungen oder Berufsklassen, die den Pilger sicher in das Xenodochium, Hospiz oder Hospital geleiteten und ihn dort verpflegen liessen, zum Theil auch selbst verpflegten. Waren die Hospitäler einmal eingerichtet und durch Jahrzehnte hindurch bewährte Leistungen den geistlichen Oberen werthvoll geworden, so liessen es sich diese angelegen sein, im Interesse der Zucht, Ordnung und ferneren Leistungsfähigkeit der Pflegegenossen, den Hospitalitern eine strengere Regel aufzuerlegen, von deren Befolgung die Bestätigung des Kirchenregiments abhängig gemacht wurde. Auch glaubten die Päpste durch den Anschluss der Pflegschaften an einen Klosterorden oder an eine klösterliche Regel einer Unabhängigkeit der Hospitaliter vorbeugen zu können, die die Macht der Kirche hätte beeinträchtigen können. Ob durch das grosse Xenodochium zu Cäsarea, die Basilias, der Grund zu einer Genossenschaftsregel für Krankenpfleger gelegt worden ist oder nicht, ist für die Beurtheilung jener Frage, bei dem Mangel jedes urkundlichen Beweises von geringerer Bedeutung. Jedenfalls spricht dagegen der Umstand, dass die päpstlich anerkannte Kongregationsform, die die Hospitaliter seit ihrem ersten geschichtlich bekräftigten Auftreten zeigen, zuerst im Abendlande geschaffen worden ist.

Bischof Chrodegang, der Heilige von Metz († 6. März 766), stellte unter der verwilderten Geistlichkeit seiner Zeit eine strenge Zucht her, indem er die von Benedict v. Nursia für die Regularen festgesetzte Lebensweise und Ordnung auch auf die Weltgeistlichen übertrug. Seine Regel verpflichtete die Kleriker zum Zusammenleben in einem Haus (monasterium), zum gemeinsamen Schlafen und Speisen, sowie vereinten Beten mit Singen zu gewissen, selbst nächtlichen Stunden (daher Canonici). Die Ablegung eigentlicher Gelübde wurde nicht verlangt, daher auch der eigene Besitz beibehalten. Chrodegang rief auf diese Weise die erste Kongregation von regulirten Chorherren (canonici) ins Leben, und begründete damit eine Genossenschaftsbewegung, die in einem gottgefälligen Leben und in der Ausübung der Barmherzigkeit, vor Allem der Krankenpflege, ihren Zweck und ihre Aufgabe sah.

Wir haben gesehen, dass die meisten Hospize, Hospitäler und Krankenanstalten von Fürsten, Geistlichen oder Privatpersonen gestiftet worden sind. An diese Stiftung lehnte sich mit der Zeit eine Genossenschaft an, die zu einer Kongregation, in manchen Fällen auch zu einem klösterlichen Verbande mit strenger Klausur wurde. Die älteste urkundlich nachgewiesene Hospitalitergenossenschaft war die in Siena, die durch Soor (geb. am 25. März 832) gegründet wurde.

1. Als dieser durch seine Frömmigkeit berühmte Mann beschäftigt war, an Stelle seines kleinen, neben dem Dom gelegenen Pilgerhauses ein grosses Hospital zu erbauen, fanden sich bei der Grabung des Grundes drei Marmorstufen, die man für Reste eines Minervatempels erklärte. Man nannte das Hospital Unserer lieben Frauen

della scala de Siena. Für die, die Soor in seinem Hospital mit der Krankenpflege beschäftigte, schrieb er Kleidung und Lebensordnung vor und zwar für Brüder sowohl, als auch für Schwestern. Soor's Einrichtungen fanden soviel Beifall, dass viele ähnliche Anstalten in Italien dem Hospitale della scala unterstellt wurden. Man berief Brüder und Schwestern aus Siena, um in den anderen Orten ihre Ordnung einzuführen. Der Rector (Hospitalmeister in Siena) besuchte die auswärtigen Hospitäler als Oberer und setzte die dortigen Hospitalmeister ein. Auf diese Weise kamen die Hospitäler in Florenz, Rieti, Todi, St. Salino, Barberino etc. unter die Anstalt in Siena. Als sie sich dieser Unterordnung später entzogen, gingen sie ein, oder wurden aufgehoben (1550). Die Kleidung der Genossenschaft bestand in einem schwarzen geistlichen Rock mit einer Kappe darüber, die ein Bischofsmäntelchen schmückte, auf dem links eine Leiter mit 3 Sprossen und ein Kreuz von gelber Seide gestickt war. Das Haupt bedeckte eine leinene, unter dem Kinn zugebundene Haube, die nur vor dem Papste abgenommen wurde. Auf die Haube wurde ein rundes aufgeschlagenes Barett gesetzt.

2. Das schon erwähnte Hospital Albrac (Aubrac), gegr. 1120, war mit einer Hospitalitergenossenschaft (Brüder und Schwestern) verbunden, die nach der Regel des heiligen Augustin lebten. Durch ihren Reichthum wurden sie im Laufe der Jahrhunderte so von ihrem eigentlichen Zweck abgebracht, dass sie im 17. Jahrhundert, um ihre Pfründen besser geniessen zu können, sich nicht mehr zur Ablegung der feierlichen Gelübde verstehen wollten. Auf den Rath Ludwig Gastons von Nouilles zahlte man den noch vorhandenen Hospitalitern Jahrgelder und übergab die Anstalten den regulirten Chorherren von der Verbesserung in Chancellade.

3. Die nach Rom und anderen heiligen Stätten wallfahrenden Pilger wurden an den Flussübergängen vielfach durch die Habgier der übersetzenden Schiffer schwer geschädigt. Deshalb bildeten sich Brüderschaften, die auf selbstgezimmerten Flössen oder Brücken — ein spitzgestielter Hammer bildete auch später noch das Symbol dieser Pontifikalbrüder — die Reisenden übersetzten oder an den Ufern Hospize errichteten, um die Pilger zu geleiten und die Kosten der Ueberfahrt zu bestreiten. Als das älteste dieser Hospize gilt das bei Lucca auf dem Wege von Florenz nach Rom am Ufer des Arno errichtete. Eine Zweigniederlassung dieses Hospizes und seiner Brüderschaft ist das von Saint Jaques de Haut Pas im südlichen Frankreich. Es wird dem heiligen Benezet (kleiner Benedict) zugeschrieben, weil dieser unter wundersamen Umständen im Jahre 1177 an einer Haut Pas genannten Stelle bei Avignon für die nach Rom ziehenden Pilger eine Brücke über die Rhone schlug. Die Hospitaliers pontifes hatten, als die Wege geebneter und die Flüsse durch sichere Brücken überbrückt waren, ihren eigentlichen Zweck mit dem der Pflege in ihren Hospitälern und Krankenhäusern vertauscht und gelangten unter der Leitung eines Grossmeisters, der in Italien und eines Komthurs, der in Frankreich residirte, zu hoher Blüthe. Besonders berühmt war die Hospitalbrücke von Pont Saint Esprit, die im Jahre 1265 begonnen und 30 Jahre hindurch gebaut wurde. Die Brückenbrüder schlossen sich später zum Theil an die Johanniter an, zum Theil wurden sie im Jahre 1519 säkularisirt und unter die weltlichen Geistlichen gerechnet, wegen ihres weissen Gewandes nannte man sie die „weissen Priester". Im Jahre 1672 wurde der Orden mit vielen andern aufgehoben.

4. Eine Gruppe von Hospitalbrüderschaften wird gebildet durch die regulirten Brüder, Geistliche oder Chorherren (Canonici) vom Orden des heiligen Augustin, die sich mit der Kranken- und Armenpflege beschäftigten. Sie waren in einzelne, anscheinend nicht zusammenhängende selbständige Pfleger- und Brüderschaften in Frankreich, sowie im Süden und Westen Deutschlands an Armen-, Pfründen- und Krankenanstalten beschäftigt. So erhielten regulirte Brüder aus

Gottesthal im Rheingau im Jahre 1145 das älteste Hospital in Mainz neben der Domkirche an der Stadtseite vom damaligen Erzbischof Heinrich zur Verwaltung und Ausübung der Liebesthätigkeit. Regulirte Augustinerbrüder übernahmen im Jahre 1183 das auf dem Michaelisberge bei Ulm neuerrichtete Hospital. Bischof Hugo von Morville stiftete 1209 in Constance die Brüderschaft der regulirten Geistlichen vom Orden des heiligen Augustin, die sich der Krankenpflege widmeten. Im Jahre 1250 berichteten die Brüder vom Orden des heiligen Augustin aus dem Katharinenhospital in Regensburg: „ihre Spitalgebäude seien viel zu eng und dürftig, infolge des mangelnden Platzes und der schlechten Luft seien viele von ihnen durch die Kranken angesteckt und in Menge früh verstorben". Die Nachrichten über diese kleineren bürgerlichen Localcongregationen sind sehr spärlich und verlieren sich im 15. Jahrhundert mit der Ausbreitung der besser organisirten grossen Hospitaliterorden (Antoniter, heil. Geistbrüder). Sie sind insofern für die Krankenpflege des 11., 12. und 13. Jahrhunderts von Bedeutung gewesen, als sie in einer Zeit, in der die Ritterorden vom Dienste an Armen und Kranken abkamen, diesen Dienst thatsächlich aufnahmen und in der Zeit des Aufblühens der Städte die bürgerlichen Kreise für die Werke der Barmherzigkeit vorbereiteten.

5. Die Kreuzbrüder oder Kreuzträger (cruciferi). Sie zeigen eine Organisation und Ordenssatzungen, wie die Ritterorden. Die stärkste Brüderschaft dieser Art stammt aus Italien. Im Jahre 1160 nahm Papst Alexander III. das Hospital von Bologna, das schon damals als Stammhaus der „Kreuzträger" genannt wird, in seinen Schutz. 1185 stehen schon mehrere Spitäler unter dem Hause in Bologna, dessen Prior als das Haupt des ganzen Ordens genannt wird. Als Abzeichen trugen sie ein eisernes, schwarzes Kreuz. In England wurden die zum Orden des heiligen Benedikt gehörenden Hospitäler in Coventry (Chorherrn zu St. Johannis dem Täufer) wegen des schwarzen Kreuzes, das sie auf Rock und Mantel trugen: „cruciferi" genannt, ein Zusammenhang mit den „Kreuzträgern" Bolognas lässt sich jedoch nicht nachweisen. Die „Kreuzträger" Böhmens und Schlesiens trugen ein weisses Kreuz, darunter einen rothen Stern auf dem Mantel und Kleid, sie wurden daher auch „stelliferi" genannt. Der Ursprung dieses weitverbreiteten Krankenpflegeordens ist nach Uhlhorn auf Prag zurückzuführen, wo Agnes, die Tochter Ottokars Prezmislav von Böhmen ein Kloster St. Francisci gegründet hatte. Mit diesem war ein Spital verbunden, dem Laienbrüder vorstanden. Im Jahre 1238 schenkte Königin Constanze dem Spital die von dem Deutschorden im Jahre 1233 abgekaufte Kirche zu St. Petri nebst verschiedenen Gütern und erwirkte, dass das Spital vom Kloster unabhängig und direkt unter den heiligen Stuhl gestellt wurde. Im Jahre 1252 erhielten die Brüder von Innocenz IV. als Abzeichen das weisse Kreuz mit dem rothen Stern darunter und die Bestätigung der Brüderschaft als Orden. Dieser breitete sich nunmehr in Böhmen und Schlesien durch die Theilnahme und Mitgliedschaft vieler hoher Adeliger schnell aus. Im Jahre 1253 stifteten die Herzöge Heinrich und Wladislaw von Schlesien mit Zustimmung ihrer Mutter Anna in Breslau ein Spital der heiligen Elisabeth und übergaben dasselbe den Prager „Kreuzträgern". Dann folgten das Spital in Bunzlau (1260), Inowraclaw und Brzire (1260—1270), Münsterberg (1276), Liegnitz (1260). In jener Zeit muss ihnen auch das reiche und bedeutende Stift zu St. Matthaei in Breslau übergeben worden sein, nach dem die Kreuzträger Schlesiens auch der Orden der „Kreuzherrn von St. Matthaei" genannt werden. Ihnen wurde 1281/82 das Spital zu St. Petri in Münsterberg und 1283 das Hospital zu St. Michaelis in Schweidnitz von Heinrich IV. von Schlesien übergeben. Heinrich V. übergab ihnen später das 1288 gestiftete St. Nicolai-Hospital in Liegnitz.

Ein Chronist aus jener Zeit hebt ausdrücklich hervor, dass die „Kreuzherrn" und die Hospitaliter vom heiligen Geist die Krankenpflege selbst ausübten, während

die Ritter (z. B. die Templer in Klein-Oels) nur die Wache und Verwaltung hatten und für die Kranken Aerzte, Chirurgen und Servientes hielten.

Daraus, dass „Kreuzherrn“ und „Hospitaliter“ vom heiligen Geist zusammen genannt werden, ist nicht zu schliessen, dass beides Synonyma und Bezeichnungen für die Brüder vom heiligen Geist sind. Allerdings trugen diese auch ein weisses Kreuz, aber ein doppeltes mit 8 Spitzen und zwar nur auf dem Mantel, während sie auf der Brust eine weisse Taube führten.

Auch die „Kreuzherrn“ wurden mit der Zeit ihrem eigentlichen Zweck entfremdet und gingen im 15. und 16. Jahrhundert an Verweichlichung und durch ihren Reichthum zu Grunde. Ihre Güter wurden zum Theil von der Krone oder Gemeinde eingezogen, zum Theil anderen Genossenschaften übergeben.

6. Der beliebteste und im Volke angesehenste Laienorden war im Mittelalter die Congregation der Hospitaliter des heiligen Antonius von Vienne.

Nach der Ordenssage soll sie von einem französischen Edelmann Gaston und seinem Sohne Guerin, die am heil. Feuer (auch Feuer des Antonius genannt) erkrankten und gerettet wurden, aus Dankbarkeit gestiftet worden sein. Das heilige Feuer, mal des ardents, ars ura oder ignaria pestis genannt, und von den Chronisten als eine der furchtbarsten Volkskrankheiten beschrieben, bestand in einem Ergriffensein der inneren Organe oder der Glieder durch Brand, bis der Tod eintrat. Entweder die Krankkeit befiel mehr das motorische Nervensystem und veranlasste Krämpfe, sowie wunderbare Verdrehungen der Glieder, wozu sich oft Extasen und Somnambumlismus gesellten, daher wandte man sich an den Schutzheiligen gegen Besessenheit, Antonius den Eremiten, oder der Gang der Krankheit war mehr dem eines Rothlaufes schlimmster Art zu vergleichen, wie ihn der damals lebende Abu Casem in Spanien beobachtete, wobei die befallenen Stellen unter grossen Schmerzen in Brand übergingen und der Kranke starb oder nach dem Verlust von einzelnen Gliedern ein unglückliches Leben behielt. Meist ging der Krankheit eine Hungersnoth oder Theuerung voraus, so dass oft schlechtes Getreide mit Mutterkorn zum Backen verwandt werden musste. Man nimmt deshalb jetzt allgemein an, dass das heilige Feuer in Ergotismus bestanden hat und zwar in der nervösen und gangränösen Form.

Schon im Jahre 994 sollen in Aquitanien, Augoumois, Perigord und Limousin binnen kurzem 40000 Menschen an dieser Krankheit verstorben sein. In das Krankenhaus, das Adalbero II., Bischof von Metz (984—1005) für die am heiligen Feuer Erkrankten stiftete, sollen täglich 80—100 Kranke aufgenommen worden sein. Dass bei solchem Elend das Bedürfniss nach öffentlicher Krankenversorgung ein ausserordentlich grosses war, ist erklärlich. Besonders stark trat die Krankheit nach der Theuerung von 1083—84 in Frankreich, Lothringen und Oberitalien auf. Auch noch das ganze XII. und z. Th. noch das XIII. Jahrhundert hatte unter dieser Plage zu leiden. In Frankreich, Flandern, Spanien, Lothringen und Deutschland wurden deshalb in jener Zeit eine grosse Zahl Spitäler und Brüderschaften zur Pflege der Erkrankten gegründet. Die Sage, dass Gaston, ein Adeliger aus der Gegend von Vienne, bei dem Priorat la Mothe St. Didier, wo Reliquien des heiligen Antonius bewahrt wurden, ein Spital errichtet habe, an das sich die Gründung des Antoniterordens geknüpft habe, klingt daher nicht unwahrscheinlich.

Urkundlich steht jedoch nach Uhlhorn nur folgendes fest: Bei der Stadt Mota (später St. Didier la Mothe, Diözese Vienne) lag ein Benediktinerkloster St. Petri montis majoris oder kurz mons major genannt, dem auch die der heiligen Maria geweihte Ortspfarrkirche in Mota gehörte. Ein französischer Edelmann brachte von einer Pilgerfahrt aus dem Morgenlande (Konstantinopel) am Ende des 11. Jahrhunderts die Gebeine des Vaters der Mönche (des heiligen Antonius) mit und führte sie im Lande umher. Da das Anstoss erregte, schenkte sein Erbe Guigio Desiderius die

Reliquien dem Kloster in Monte majore. In Folge dessen wurde die Pfarrkirche in Mota, die zur Ruhestätte des Heiligen bestimmt war, prächtig umgebaut und von dem zum Papst gewählten Erzbischof Guido von Vienne, Kalixt IX., im Jahre 1118 in eigener Person dem heiligen Antonius geweiht. Die Kirche blieb wie bisher in Abhängigkeit von dem Kloster und wurde durch einige Mönche unter einem Prior versorgt. Die mit dem Kloster, wie überall so auch hier, verbundene Wohlthätigkeitsanstalt (Eleiomosynaria), in der Laienbrüder unter einem Magister die Fremden und Kranken pflegten, gewann in Folge der während der Zeit des heiligen Feuers stark in Aufnahme gekommenen Wallfahrten nach den Gebeinen des heiligen Antonius, eine weitgehende Bedeutung und grossen Reichthum. Die Brüder, von Fürsten und Päpsten mit den weitgehendsten Privilegien ausgestattet, zogen Gaben sammelnd mit ihrem Antoniusstab und einem halben blauen Kreuz auf der Kleidung durch die Lande, in Deutschland wegen des T-förmigen Kreuzes die Tönniesherren genannt, und erhielten von allen, denen das Verschontbleiben vom heiligen Feuer am Herzen lag, reiche Geschenke. Allmählich wurden ihnen noch andere Spitäler unterthänig, z. B. 1194 eins in Rom, 1208 eins in Accon. Man stiftete auswärtige Präzeptoreien. In Deutschland schenkte Friedrich II. den Antonitern das Patronat der Kirche in Memmingen (1215). 1218 besassen sie ein Haus in Grünberg in Hessen, 1222 ein solches in Templin (Mecklenburg), von hier aus wurden die Häuser in Mohrkirchen (Schleswig), Frauenburg (Ermeland), Lennewarden (Livland) gestiftet. Das Präzeptoriale Haupthaus der Rheingegend war Rosdorf bei Hanau (gestiftet 1235), dem die Häuser in Frankfurt, Alzey, Köln, Mainz, Oppenheim unterstellt waren. Seit 1441 wurde Höchst Sitz der Präzeptorei, deren Besitz sich bis nach Schlesien erstreckte, z. B. Brieg. 1260 besass der Orden ein Haus in Prettin, ferner in Arolsen, Lichtenberg und Fintel (Herzogthum Bremen). Der Präzeptor für Süddeutschland sass im Haus Isenheim, das 1314 Sitz der Generalpräzeptur in Deutschland wurde. Auch in der Schweiz (Basel und Uznach), Oesterreich, Ungarn und Siebenbürgen hatte der Orden seine Niederlassungen. Im Ganzen soll er Ende des 14. Jahrhunderts 364 Töchterhäuser gehabt haben.

Im Jahre 1297 bestätigte Papst Bonifaz ein Abkommen zwischen Kloster und Spital, nach dem dieses in alleinigem Besitz der Kirche und der Reliquien des heiligen Antonius verblieb und verlieh dem Spitalvorsteher den Titel „Abt". Damit war aus der Laienbrüderschaft des Klosters ein unabhängiger Spitalorden geworden.

In allen Städten und grossen Orten der Provinzen bestanden Genossenschaften von Mitbrüdern des Ordens (Antoniusgilden), deren Glieder dem Orden affiliirt waren und regelmässige Beiträge zahlten. Die herumziehenden Ordensbrüder (Tönniesherrn) brachten reichen Ablass, sie konnten das Interdikt durch ihre Anwesenheit unterbrechen. Auch den Päpsten gegenüber hatten sie eine besondere Bestimmung und Stellung. Jene liessen sich auf ihren Reisen durch Antoniter begleiten, um sich und ihre Untergebenen und sonstigen Gefolgschaften im Falle der Krankheit pflegen zu lassen.

Die Antoniter nahmen nicht nur solche, die am heiligen Feuer erkrankten, sondern alle Kranken in ihre Spitäler auf und pflegten sie oft mit bewunderungswürdiger Aufopferung. Sie sind insofern eine interessante und characteristische Krankenpfleger-Vereinigung des Mittelalters, als sie zeigen, wie die Klöster nicht nur die Medicin, sondern auch die Krankenpflege förderten und stützten. Ebenso wie die ersten Mönchsklöster, die vom Orden des heiligen Benedikt, eine Pflegstätte der Medicin wie überhaupt der Wissenschaften waren und die Medicin zur Klosterpraxis und zu einem fakultativen Unterrichtsgegenstand der Klöster, beziehentlich Kathedralschulen machten, so waren die mit den Klöstern verbundenen Wohlthätigkeitsanstalten (Hospize, Hospitäler, Krankenhäuser) Lehrstätten für die Krankenpflege und die Laienbrüder die

Lehrer und vornehmsten Vertreter der Krankenpflege, die auf diesem Gebiete und besonders in der Gemeindepflege, die Ritterlichen Pflegeorden weit überragten.

Mit dem XV. Jahrhundert beginnt der Niedergang der Antoniter in ihrer Bedeutung für die Krankenpflege, sie waren Kanoniker geworden und bildeten sich im Laufe der folgenden Jahrhunderte zu Pfründnern aus, die in der französischen Revolution verschwanden, soweit sie nicht in den protestantischen Ländern oder grossen Städten schon vorher eingezogen worden waren.

7. Erwähnenswerthe Hospitaliterbrüderschaften sind noch der ums Jahr 1171 genannte Laienorden der Hospitaliter von St. Protäis und St. Gervais.

8. Guido von Joinville soll im 13. Jahrhundert den Orden der Hospitaliter von der christlichen Liebe unserer lieben Frau gestiftet haben und zwar in Boucheraumont (Diözese Châlons) ums Jahr 1280, später hatten sie als Haupthaus das im Jahre 1294 gegründete Hospital „les Billets“ in Paris. Sie erhielten im Jahre 1347 durch Clemens VI. die Augustinerregel, nachdem sie anfangs die III. Regel des heiligen Franziskus befolgt hatten. Im XVII. Jahrhundert starb der Orden aus.

9. In Spanien gehören zu den ältesten Krankenpflegerorden die regulirten Chorherrn von Ronceval (gewöhnlich Roncevaux genannt). Sie sollen Schüler des heiligen Johann de l'Ortie gewesen sein, der unter Alfons II. das Hauptspital noch vor dem Jahre 1163 in einer Wüste des Gebirges Occa gründete, die ihrer Nesseln wegen den Zunamen de l'Ortie erhielt. Als Gründer des Hospitals in Ronceval wird Sanchez, Bischof von Pampelona, betrachtet.

10. Berühmter noch sind die Hospitaliter von Burgos. Alfons VIII. von Kastilien erbaute im Jahre 1212 neben dem von ihm gegründeten Nonnenkloster der Mutter Gottes de las Huelgas ein schönes Hospital für die Pilger, die zum heiligen Jacob von Compostella und zur Mutter Gottes von Guadeloup wallfahrteten, und übergab die Leitung desselben der Aebtissin jenes Klosters. Die Krankenpflege wurde 12 Konvertiten vom Orden der Zisterzienser übergeben. Das Hospital wurde bald bei weitem reicher als das Kloster.

11. Einer specialistischen Krankenpflegegesellschaft soll hier noch kurz gedacht werden. Im Jahre 1409 gründete der Priester Fr. Gosé Gilaberto in Valencia (Spanien) nach der grossen Pest zu Ende des 14. und der ersten Jahre des 15. Jahrhunderts, in denen auch Hungersnoth und Theuerung herrschte, eine Brüderschaft: de los Innozenses für die in Folge jener Bedrängniss zahlreich entstandenen Geisteskranken. Es wurden damals auch besondere Gebäude für diese Bedauernswürdigen eingerichtet: „casas de Oratas“, die ersten Irrenanstalten.

12. Der Hospitaliterorden, der der Krankenpflege durch den Bau und die Einrichtung von Krankenanstalten, wie wir bei deren Besprechung gesehen haben, am meisten genützt hat, ist der weitverbreitete Krankenpflegeorden vom heiligen Geist.

Als die Ritterorden im 12. Jahrhundert begannen, sich ihrem eigentlichen Zweck, der Armen- und Krankenpflege zu entfremden und die Kirche das Volk durch ihre hierarchischen Bestrebungen schwer bedrückte, fasste Guido von Montpellier, (d. h. Guido aus Montpellier, über seine Person verlautet Näheres sonst nicht) den Entschluss nach dem Vorgange vereinzelter schon bestehender Krankenpflegelaienverbrüderungen einen neuen Hospitaliterorden auf rein weltlicher und bürgerlicher Grundlage ins Leben zu rufen. Er entsprach damit dem Bedürfniss seiner Zeit und hatte einen durchschlagenden Erfolg. Als Hauptaufgabe stellte er sich die Sammlung und Erziehung von guten Krankenpflegern, sowie den Bau und die Einrichtung von Anstalten, in denen die Kranken der grossen Pandemien und andere untergebracht und mit Barmherzigkeit behandelt und verpflegt werden könnten nach dem Muster Spaniens, wo damals solche Wohlthätigkeitsanstalten in reicher Menge vorhanden waren.

Zu diesem Zweck stiftete er (1170—1180) in seinem Heimathsorte Montpellier, der damals schon mehrfach der Schauplatz von Kirchenversammlungen gewesen war, ein dem heiligen Geist, als dem Spender aller Liebe und heiligen Gedanken, geweihtes Hospital und zu dessen Versorgung eine Brüderschaft von Laien, die sich unter der von ihm gegebenen Ordnung sehr bald vergrösserte und vom Papst Innocenz III. im Jahre 1198 bestätigt wurde. Durch Zweigniederlassungen in anderen Orten wurden Hospital und Brüderschaft bald rühmlichst bekannt, so auch in Rom, wo sie zwei Stiftungen inne hatten, nämlich St. Maria jenseit der Tiber und St. Agatha.

Damals fasste Papst Innocenz III. den Entschluss, die Besitzungen der alten Sachsenschule in Rom zur Gründung einer seinen Plänen entsprechenden Centrale der Wohlthätigkeit zu verwenden. Er schuf das Hospital St. Spiritus in Sassia und berief den Stifter der Laienbrüderschaft vom heiligen Geist aus Montpellier nach Rom. Dieser kam im Jahre 1204 mit sechs männlichen und sechs weiblichen Mitgliedern der Kongregation. Innocenz bestimmte nun, dass das heilige Geisthospital in Rom mit dem Mutterhaus in Montpellier dergestalt vereint werde, dass jenes Italien, Sicilien, England und Ungarn, dieses die übrigen Provinzen versorgen und beaufsichtigen solle. Man kann hieraus ermessen, welchen Umfang Guido's Brüderschaft schon damals erlangt hatte. Nach Guidos im Jahre 1208 erfolgtem Tode ordnete der Papst an, dass das heilige Geisthospital in Rom nunmehr die Centrale des ganzen Ordens sein sollte. Der Meister in Rom erhielt das Bestätigungsrecht sämmtlicher anderer Spitalmeister. Als Abzeichen erhielten die Ordensmitglieder auf den Mantel und das Kleid das achtspitzige (vierarmig mit je 2 Spitzen) weisse Kreuz und auf die Brust eine weisse Taube. Die Hospitaliter wurden deshalb fälschlich auch Kreuzbrüder genannt, besonders in den Ländern, in denen „Kreuzherren“ ansässig waren, nämlich in Ungarn und Siebenbürgen. Zum Unterschied von diesen nannte man sie „Taubenbrüder.“

Die Ordenseinrichtungen, namentlich die Bestimmungen über die Einrichtung der Spitäler und die Krankenpflege zeigen, dass sie den Ordenssatzungen des Johanniterritterordens entlehnt sind. Uhlhorn nennt den heil. Geistorden einen Johanniterorden ins bürgerliche übersetzt mit Beseitigung der Ritterpflichten. Innocenz beliess dem Orden vom heil. Geist ausdrücklich den weltlichen Character, bestimmte nur, dass 4 Geistliche, die dem Papst direkt unterstellt waren, den Gottesdienst in den Spitälern halten sollten, sie sollten sich jedoch nicht um die Krankenpflege kümmern, sondern dies allein dem Spitalmeister und seinen Beauftragten überlassen. Diese Maassregel charakterisirt den hochherzigen Stifter des heil. Geisthospitals in Rom als einen ebenso klugen und umsichtigen, wie in der Anstaltspraxis und Krankenpflege erfahrenen und gut berathenen Mann, der wiewohl an der Spitze der Priesterschaft, doch von hierarchischen Bestrebungen frei war. Leider wurde das Laienelement im Laufe der Jahrhunderte, besonders im XV. Jahrhundert unter Sixtus IV. wieder vollkommen verdrängt. Man sah sich daher, als der Orden vom heil. Geist seinen weltlichen Character ablegte und sich in religiösen Uebungen verlor, genöthigt eine neue Laienbrüderschaft zuzulassen, die im Hospitale San spirito noch heute die Krankenpflege ausübt, während die regulirten Chorherren vom heiligen Geist von Pius IX. durch das Breve vom 1. Juli 1847 endgültig aufgehoben wurden.

Um die Wirksamkeit der Hospitaliter vom heiligen Geist zu einer möglichst freien und unabhängigen zu machen, stattete Innocenz III. den Orden mit den weitgehendsten Rechten aus. Er nahm sie von jeder andern als der päpstlichen Gewalt ausdrücklich aus, befreite sie von jeder Art kirchlicher oder weltlicher Gelöbnisse, verlieh ihnen das Recht, Kirchen zu bauen, Kirchhöfe zu errichten und Geistliche anzu-

stellen. Bezüglich ihrer Mitglieder liess er ihnen vollkommene Freiheit, auch überliess er ihnen die freie Wahl des Meisters. Er gestattete es, dass Brüder und Schwestern ohne Gelübde in den Orden eintraten und darin wirkten. In Rothenburg stand dem Meister eine Meisterin zur Seite. In Arlberg waren ausser einem Prior und einer Priorin 13 Brüder und 23 Schwestern vorhanden. Im Jahre 1338 werden in Ulm noch Schwestern erwähnt. Die Ordensregel vom Jahre 1564 verordnet noch pro forma im Kapitel 47: „quidquid in regula constitutum est, de fratribus et sororibus intelligitur, ut eidem regulae subjaceant.“

Man richtete neben Findelanstalten auch Gebäranstalten (Pfullendorf) ein. Je mehr die Hierarchie an Einfluss im Orden gewann, um so mehr schloss man die Hospitaliterinnen von der Krankenpflegethätigkeit wieder aus und übertrug ihnen nur die Pflege der Findlinge. Man liess sie noch z. Th. als Augustinernonnen bestehen, dem Orden angeschlossen. Unter Papst Alexander VII. wurden sie jedoch ganz unterdrückt. Anderen Spitalgenossenschaften ging es mit ihren Schwestern nicht besser, so den regulirten Chorherren der heil. Katharina in Regensburg, Esslingen und Stuttgart. Als eine interessante Ausnahme erwähnt Virchow, dass in dem Spital der heiligen Katharina in Paris schliesslich die Brüder beseitigt wurden und nur noch die Schwestern übrig blieben.

Die im XII., XIII. und XIV. Jahrhundert herrschenden Volksseuchen, Pest, Cholera, Blattern, Influenza und das heil. Feuer schufen ein so starkes Bedürfniss nach unterrichteter Krankenpflege, dass der heil. Geistorden und seine Krankenanstalten eine ausserordentlich schnelle Ausbreitung gewannen. Innerhalb weniger Jahrzehnte hatte er fast in allen europäischen Ländern seine Organisation durch Erbauung oder Uebernahme von Krankenanstalten und Hospitälern fest begründet. Allein in Deutschland zählten wir 155 Hospitäler, die nach und nach dem Archespitale San spirito unterstellt wurden. Denn der Meister des Erzspitals in Rom hatte durch Gregor X. (1271—1276) noch einmal ausdrücklich die Aufsicht und das Recht der Visitation über alle sonstigen Spitäler in den Provinzen erhalten. Der Orden besass noch bis zum Ende des vorigen Jahrhunderts Commenden und Priorate in allen Gegenden Deutschlands. Im Jahre 1510 wird noch die Wahl des Priors des Spitals in Riesenburg in Ostpreussen bestätigt. Auch das älteste Hospital in Siebenbürgen (Hermannstadt) war dem Orden untergeben. Es stand zunächst unter dem Hause von Ofen und mit diesem unter dem von Wien, an das es jährlich eine Mark oder 4 Dukaten zahlen musste. Diese Zahlung war der Tribut für Rom, denn die Lokalspitäler mussten durch eine kleine jährliche Zahlung ihre Abhängigkeit vom Erzspital in Rom erzeigen. Selbst Montpellier musste alljährlich 3 Goldgulden nach Rom zahlen, Zürich einen Goldgulden, Halberstadt 2 Mark reinen Silbers, Wien eine Mark. Der Spitalmeister musste im Allgemeinen von Rom bestätigt werden, wie das z. B. in den Stiftungsurkunden von Ulm und Pforzheim besonders erwähnt wird. Doch behielten auch vereinzelt die geistlichen Oberen sich das Recht der Bestätigung vor, z. B. der Erzbischof von Mainz, der sich und seinen Nachfolgern bei der Uebergabe des alten Spitals an den Orden im Jahre 1236 das Besetzungsrecht ausdrücklich wahrte. Ueber die Spitäler vom heil. Geist in Elbing und Thorn hatte der deutsche Orden Patronatsrecht. An vielen Orten reservirten sich schliesslich die Städte das Recht, den Spitalmeister zu ernennen. So war schon im XV. Jahrhundert die Immunität des Ordens gebrochen, da sowohl Fürsten, wie Bischöfe und Städte in seine Vorrechte eingriffen. Im Jahre 1459 versuchte auch Papst Pius IV. den Orden zum heiligen Geist nebst einigen andern zu Gunsten eines von ihm gegründeten ritterlichen Ordens „notre dame de Bethlehem“ aufzuheben, doch ohne Erfolg. Paul V. setzte vielmehr im Jahre 1625 auf Antrag Louis XIII. den Orden wieder in seine Rechte ein, machte jedoch das Generalvicariat von Frankreich unabhängig von Rom. Zu Grunde ging

der Orden schliesslich an dem Widerstreit der humanen und hierarchischen Richtung unter seinen Mitgliedern. Im XVI. und XVII. Jahrhundert waren an die Stelle von Krankenpflegern Grossmeister, Komthure und Officiere getreten, die die reichen Ordenseinkünfte verprassten. Die Krankenpflege war unterdessen in die Hände von barmherzigen Brüdern und Schwestern übergegangen, die alle vorausgegangenen Leistungen auf dem Gebiete der Anstalts- und Gemeindekrankenpflege weit übertrafen.

### Hospitaliterinnen.

1. Während wir schon eine Reihe von Hospitaliterinnen kennen gelernt haben, die wie die von Siena, Albrac, San spirito in Sassia, Burgos und Andere, einer Brüderschaft affiliirt waren, traten auch selbstständige Laienschwesterschaften im Mittelalter in Erscheinung, die sich der Krankenpflege und den Werken der Barmherzigkeit widmeten. In erster Linie stehen die „Elisabethinerinnen“. Elisabeth, Tochter des Königs Andreas II. von Ungarn, Gemahlin des Landgrafen Ludwig von Thüringen, gründete am Fusse der Wartburg 2 Hospitäler, in denen sie selbst die niedrigsten Dienste verrichtete. Sie hatte sich die dritte Regel des heil. Franz von Assisi (geb. 1182, gest. 1226) schon frühzeitig zu eigen gemacht: Einfachheit, Entsagung aller Eitelkeit, aller Rechtshändel, aller weltlichen Vergnügungen, Unterstützung von Armen und Kranken. Als solche trug sie eine Art Ordenskleid und Gürtel unter ihrer sonstigen Kleidung. Nach dem Tode ihres Mannes (1227) zog sich die 22jährige Wittwe in ein von ihr in Marburg gegründetes Hospital zurück und legte die drei geistlichen Gelübde ab. Bald versammelte sich um sie ein Verein von Wittwen, Frauen und Jungfrauen, die „Elisabethinerinnen“ genannt wurden. Elisabeth starb schon im Jahre 1231 am 19. November und wurde 4 Jahre nach ihrem Tode heilig gesprochen. Ihr Verein blühte als Laienschwesternschaft für Krankenpflege weiter unter dem Schutz des deutschen Ordens, dem Elisabeth ihre Stiftungen unterstellt hatte. Im Jahre 1395 wurden die Elisabethinerinnen Klosterfrauen unter ihrer Oberin Angeline von Corbare, einer Tochter Jacobs von Annibali in Fuligno. Sie nahmen eine klösterliche Regel an, nach der sie ausser den drei allgemeinen Gelübden noch das der beständigen Krankenpflege und der Klausur ablegten. Die Mitglieder machen zunächst eine Probezeit durch, dann das Noviziat, aber selbst ein Jahr nach der Einkleidung ist den Schwestern gestattet, den Orden zu verlassen, später ist dies nur durch eine päpstliche Dispensation möglich, doch dürfen die Ausgeschiedenen niemals heirathen. Im Jahr 1397 errichteten sie das erste Kloster der Elisabetherinnen. Papst Martin V. ertheilte ihnen im Jahre 1421 die Erlaubniss, noch andere Häuser ihres Ordens errichten und eine Ordensgeneralin wählen zu dürfen. Pius II. hob die Erlaubniss 1459 wieder auf und bestimmte, dass jedes Kloster eine Oberin haben und diese dem Provinzial der niederen Brüder oder dem Bischofe der betr. Diözese untergeordnet sein sollte. Seit 1622 sind die Elisabethinerinnen in Aachen, seit 1710 in Wien, seit 1736 in Breslau und seit 1841 in Essen. Sie pflegen eigentlich nur weibliche Kranke, doch haben die Schwestern während der Erstürmung der Stadt Wien im Jahre 1848 von dieser Regel zahlreiche Ausnahmen gemacht und die verwundeten Soldaten und Kämpfer gepflegt.

2. Hospitaliterinnen der heiligen Katharina in Paris werden schon um das Jahr 1180 erwähnt. Jedoch wird erst im Jahr 1328 von einer Schwesternschaft gesprochen. Sie hatten die Aufgabe, arme fremde Mädchen drei Tage lang zu verpflegen und die in den Gefängnissen, auf den Strassen etc. Verstorbenen zu begraben. Der Krankenpflege widmeten sie sich erst seit Ende des XIII. Jahrhunderts.

3. Im Hotel Dieu in Paris waren seit dem Jahre 1217 38 Schwestern unter einer Meisterin und unter der Oberaufsicht des Kapitels von Notre Dame in der

Krankenpflege thätig. Später wurde der Dienst von Augustinerlaienschwestern, dann von barmherzigen Schwestern übernommen.

4. Das Kloster und Hospital in Beauvais wurde im XIII. Jahrhundert den Klosterfrauen: „Gottestöchter“ übergeben.

5. Im Jahre 1158 wurde ein Kloster mit Hospital für Schwestern in Abbeville gestiftet.

6. Camerich hatte seit dem 12. Jahrhundert zwei Hospitäler, die von regulirten Chorfrauen verwaltet wurden.

7. Die Hospitaliterinnen in Champeau standen Mitte des 12. Jahrhunderts direkt unter dem Papst und trugen violette Kleidung.

8. Helyot erwähnt noch die Hospitaliterinnen von Baugé und Beaufort.

9. Die des heiligen Joseph.

10. Der heiligen Martha von Caën.

11. Die des heiligen Ludwig von Pontoise im Maison dieu in Orleans.

12. Die der heiligen Martha von Bourgogne.

13. Die des heiligen Gervasius in Paris, gestiftet ums Jahr 1300.

### c) Ueberblick über die Krankenversorgung und Krankenpflege im Mittelalter.

Der in der ersten christlichen Kirche in seltener Vollendung herrschende Gedanke selbstloser Nächstenliebe war die Grundlage, auf der die Krankenpflege Wurzel fassen und sich im Laufe der Jahrhunderte entwickeln konnte. Während früher die Gemeindepflege allein obwaltete, und erst im Laufe des III., IV. und der folgenden Jahrhunderte die Anstaltspflege sich einbürgerte, hatte diese ums Jahr 1000 die Gemeindekrankenpflege vollständig verdrängt. Der Bedürftigen, Kranken und Gebrechlichen waren zu viel, der Pflegenden zu wenig, die kirchlichen Stiftungen von einem Reichthum, dass man den Aufwand für die Anstalten als eine ergänzende Pflicht ansehen musste. Die Verkehrsverhältnisse erforderten Logir- und Pilgerhäuser, in denen auch Kranke verpflegt werden konnten. Die Armuth des niederen Volkes erforderte dringend eine Fürsorge für die Alten, Kranken, Siechen, Wöchnerinnen, Neugeborenen und Waisen.

Da sehen wir Hospize, Xenodochien, Guteleuthäuser, Hospitäler, Anstalten allgemeineren Charakters, aber auch besondere Alterversorgungshäuser, Findelhäuser, in Frankreich schon frühzeitig die „Krippen“, Wöchnerinnenasyle, so die von Alexandrien (610), die Gebäranstalt in Prag (928), die Wöchnerinnenanstalt in Pfullendorf und manchem andern Spital des heiligen Geistordens.

Daneben erscheinen Krankenhäuser im modernen Sinne; ich erinnere nur an das „Mansurische Hospital“, das Klinik und Poliklinik repräsentirt, die prächtig ausgestatteten Räume des Hospitals von Beaune u. A. Aber auch Irren- und Tollhäuser sind schon vorhanden, so ums Jahr 400 n. Chr. in den Gebirgen Nitriens und Bithyniens und ums Jahr 1390 n. Chr. in Spanien die von den Brüdern „de los Innocentes“ gegründeten „casas de oratas“.

Berücksichtigen wir, dass auch die Gemeindediakonie in den Beginen und Begarden eine Vertretung zeigt, dass sich Armen- und

Krankenpflegevereine in den Antoniusgilden, Parochialvereinen in den Kalandsbrüderschaften vorfinden, dass die Häuser der Busse für gefallene Mädchen und Frauen die Magdalenenhäuser darstellen, so gewinnen wir ein Bild von der vielseitigen Liebesthätigkeit des Mittelalters. Die Kirche, deren herrschsüchtige Priesterschaft dem Humanitätsprinzip der ersten Christen zuweilen in der traurigsten Weise entgegen arbeitete, wurde im Verlauf des Mittelalters der grösste Feind der Krankenpflege. Trotz der hervorragenden Stellung, die einzelne hochherzige und einsichtsvolle Päpste, vor Allem Innocenz III., einnahmen, indem sie das Wesen der Krankenpflege und die Nothwendigkeit der Scheidung von Gottesdienst und Krankenabwartung richtig erkannten und zu den eifrigsten Förderern der Kranken- und Armenfürsorge wurden, ist der Einfluss der Priesterherrschaft immer wieder ein lähmender. Sobald auch die grossen sozialen Nöthe des Mittelalters, die verheerenden Volksseuchen, die andauernden Kriege und Fehden, die auf dem Mangel an Kultur und an volkswirthschaftlicher Bildung des Landes beruhende Theuerung und Hungersnoth — die nach jeder Missernte eintreten musste — die alte christliche Humanität und ihre Anstalten neu erweckten und Ritter, Bürger, Geistliche und Laien zu Werken reinster Nächstenliebe veranlassten, so oft gewannen auch die kirchlichen Gewalthaber im Laufe der Jahrzehnte eine hemmende Einwirkung, so dass am Ende des Mittelalters der Wohlthätigkeitssinn überall im Schwinden begriffen war. Und wo er noch bestand, da suchte man ein Verdienst im Wohlthun, das aus dem Fegefeuer befreien und zur Seligkeit helfen sollte. Man pflegte den Kranken nicht, weil man ihm, sondern weil man sich helfen wollte. Die Gemeindepflege war fast ganz untergegangen und einer Pflichtanstaltspflege gewichen.

Wie weit die Krankenpflege als solche fortgeschritten war, lässt sich nicht überall beurtheilen, jedenfalls steht fest, dass in manchen Krankenhäusern der Krankenkomfort ein erstaunlicher war, das mansurische Hospital kann hier als Muster dienen. Nach seinem Vorbild wurden die schönen Krankenhäuser des XIV. Jahrhunderts in Spanien erbaut. Viel Licht und Luft, stets frisches, quellendes, springendes Wasser machte dem Kranken das Dasein zu einem für südliche Verhältnisse vortrefflichen. Anderseits werden aus einzelnen Krankenhäusern haarsträubende Dinge berichtet, so aus dem Hôtel Dieu in Paris, wo in einem Bett 2—4, ja bis 6 Kranke zusammen lagen. Kranke liess man mit Verstorbenen noch stundenlang zusammenliegen. Solche Zustände waren allerdings auch am Ende des XVIII. Jahrhunderts noch vorhanden.

Im Uebrigen bestimmte der unentwickelte Stand der medizinischen Wissenschaft auch den der Krankenpflege.

## III. Die Krankenpflege seit der Reformation.

### A. Von der Reformation bis zu den Freiheitskriegen.

#### a) In der protestantischen Bevölkerung.

In der Zeit, als die Reformation des kirchlichen und bürgerlichen Lebens sich in Deutschland vorbereitete, war ein allgemeiner Niedergang der freien Liebesthätigkeit vorhanden. Man bekümmerte sich wenig um andere Mitmenschen, namentlich nicht um die Armen und Gebrechlichen, obwohl damals ein hoher Wohlstand auch in Deutschland herrschte. Die meisten Krankenhäuser und Hospitäler (Armen-, Siechen-, Versorgungsanstalten) waren schon in die Hände der bürgerlichen Behörden übergegangen, die an einer möglichst billigen Verwaltung ein Interesse hatten. Andere bildeten Pfründenanstalten für Ordensmitglieder oder Brüder und Schwestern einer Laiengenossenschaft. Auch da, wo die evangelische Kirche die römische verdrängt hatte, besserte sich dies zunächst nur wenig, oder gar nicht. Das ist nicht auffallend, wenn man die Grundanschauungen des Protestantismus denen der römischen Kirche entgegenhält. Während diese den Frieden der Seele in einer damals fast heidnischen Weise an die guten Werke knüpfte — man denke nur an Tetzel's Ablasshandel — betonten plötzlich Luther und seine Mitreformatoren den Glauben derart, dass die Werke der Liebe und Barmherzigkeit vollständig in den Hintergrund traten. Man beeilte sich, die Spuren der alten Wohlthätigkeit zugleich mit den kirchlichen Schäden überhaupt, vollkommen zu beseitigen und zog die reichen kirchlichen Pfründen und Stiftungen in den protestantischen Ländern allgemein ein, indem man sie zu den fürstlichen oder städtischen Gütern schlug. Dabei verfuhr man so gründlich, dass auch sehr nützliche Anstalten, wie Kranken- und Siechenanstalten, mit einem Schlage aller Mittel entblösst wurden, so dass sie nur sehr kümmerlich ihr Dasein fristen konnten oder eingehen mussten. Die protestantischen Gemeinden zeigen während der beiden ersten Jahrhunderte nach der Reformation eine grosse Unfruchtbarkeit in den Werken der Nächstenliebe. Luther und seine Mitreformatoren erwiesen wohl an sich selber und an ihrer grossen Wohlthätigkeit, dass das neue Glaubensleben einen neuen Aufschwung in der Liebesthätigkeit mit sich brachte. Doch wurde auch von ihnen an eine Organisation freiwilliger Kräfte für die Armen- und Krankenpflege auf evangelischer Grundlage nicht gedacht, man fürchtete wieder in das Mönchsartige zu verfallen. Nur vereinzelt machte man im XVI. Jahrhundert den Versuch, die Diakonie der alten christlichen Kirche zu erneuern.

Bugenhagen schenkte in Lübeck den Kranken eine besondere Aufmerksamkeit, er denkt auch an die Gründung eigentlicher Krankenhäuser. Sowohl in der Braunschweiger, wie in der Lübecker Kirchenordnung macht er dahinzielende Vorschläge: „Es soll ein Haus gebaut werden mit vielen Kammern, damit jeder Kranke eine geheizte Stube habe, und nicht einer den andern vergifte. Darin sollen die Armen, die Gott mit der Pestilenz heimgesucht, aufgenommen und von den Diakonen ver-

sorgt werden, mit Leuten, die sie warten, mit Essen, Trinken, Betten, Laken u. s. w., damit geschieht ein Gottesdienst gegen solche Leute. Auch wird damit verhütet, dass sie andere Leute mit der Pestilenz nicht vergiften. Dazu sollten alle frommen Leute mildiglich geben, denn es ist befunden, dass man vielen helfen kann, dass sie die Pestilenz los werden.“ (Braunschweiger Kirch.-Ord. S. 219. Lübecker Kirch.-Ord. S. 160.) Doch fehlte es am geschulten Personal. Wenn auch die alten Krankenpflegerorden nicht viel mehr geleistet hatten, so hatten sie doch zum Theil selbst die Krankenpflege praktisch erlernt, zum Theil ihren Dienstboten gelehrt oder lehren lassen. In der lutherischen Kirche gingen sie nun ohne Ersatz unter. Bei der damals durchaus berechtigten, im Ganzen freilich einseitigen Abneigung des Protestantismus gegen alles Anstaltliche war man gegen jede Brüder- oder Schwesterschaft. „Ein jeder sei des andern Spitalmeister und Pfleger“, sagte Luther, und bestimmte, dass die Almosenempfängerinnen in den Gemeinden auf Erfordern auch den Dienst der Krankenpflege zu übernehmen hatten. In Augsburg wurden die in den Gotteshäusern wohnenden armen Frauen verpflichtet, auf Erfordern auch Krankenpflege zu üben. Es lässt sich hieraus ermessen, wie gering man in protestantischen Kreisen damals die Krankenpflege schätzte. „Man musste Pfleger und Pflegerinnen für Geld dingen und erhielt eben auch nur solche, die so um des Lohnes willen als aus Liebe dienten.“ (Uhlhorn.) Herzog Ludwig von Württemberg machte 1587 eine Stiftung für vier ehrbare Frauen, die zu Krankenwärterinnen bestellt werden sollten, und für die er dann auch auf die Erwerbung eines Hauses bedacht war, „wo sie ihren Unterschlupf haben und wo Hofgesinde, Knechte und Jungen, so keine Haushaltung haben, und etwa in Krankheit fallen, Pflege und Wartung finden.“ Uhlhorn sieht hier das Vorbild des späteren Diakonissenmutterhauses.

## In der reformirten Kirche finden sich ähnliche Spuren.

Calvin richtete zwei Arten von Diakonen ein, solche, die Almosenvertheilung besorgen, und solche, die die Alten und Kranken verpflegen sollten. Die Weseler Synode von 1568 findet es angemessen, in den grossen Städten bewährte und ältere Frauen zum Diakonissendienst nach dem apostolischen Vorbilde zu wählen. In Folge jenes Beschlusses bestand thatsächlich das Diakonissenamt in Wesel von 1575—1610 zum grossen Segen der Gemeinde. In der lutherischen Kirchenordnung der Stadt Minden werden auch Frauen bestimmt, „die den Bedürftigen dienen sollten.“ Die lutherisch gewordenen Stifte Keppel bei Siegen und Walsdorf in Nassau hatten ihre Diakonissen unter ihren adeligen Stiftsdamen. Musterhaft war die Gemeindepflege in Emden, wie sich aus einem 1594 erstatteten Bericht ergiebt: Daselbst bestanden 4 Diakonien, die erste, die Spitaldiakonie für alte, schwache Männer und Frauen, sowie für die in den Spitälern untergebrachten Waisen, durchreisenden Armen und Kranken, befand sich im verlassenen Barfüsserkloster mit 6 Vorstehern, die dreimal im Jahre eine Haussammlung abhielten und sonntäglich in der Klosterkirche sammelten. Die zweite Diakonie war die der in ihren eigenen Häusern und Wohnungen sich aufhaltenden Armen und Kranken. Die ganze Stadt war für diese Pflege in 6 Kluften abgetheilt und zur Bedienung der Bedürftigen 32 Gemeindemitglieder bestimmt, nämlich 8 Hauptdiakone und 24 Unterdiakone. Eine dritte Diakonie bestand für die Schiffer, die vierte war die Diakonie der Fremdlinge, der um ihres Glaubens willen vertriebenen und in Emden gastfreundlich aufgenommenen Glaubensgenossen. Der Fürst von Sedan, Heinrich Robert von der Mark, der im Jahre 1559 mit seinen Unterthanen die Reformation annahm, benutzte die eingezogenen Klostergüter u. A. auch zur Stiftung einer Gemeinschaft der „Jungfrauen der Barmherzigkeit“ zur Pflege Armer, Alter und Kranker. Diesen „filles de Sedan“ ähnlich waren die „dames de Rochelles“. Immerhin war die Fürsorge für die Hilfsbedürftigen damals in

manchen evangelischen Gemeinden, namentlich in der Diaspora so erheblich, dass sie ein berühmter französischer Priester, Bourdaloue, in einer vor Ludwig XIV. gehaltenen Predigt seinen katholischen Glaubensgenossen vorhalten konnte, indem er sagte: „Ihr wisst, wie fest unsere Häretiker zusammenstehen, wie sie einer des andern Wohl wahrnehmen, wie sie sich gegenseitig in ihren Nöthen Hilfe leisten, wie sie ihre Kranken besuchen etc.“ (Uhlhorn.)

Das grosse Elend, das der dreissigjährige Krieg über Deutschland brachte, liess alle diese Anfänge einer Wiedergeburt der altchristlichen Charitas in den evangelischen Gemeinden wieder verschwinden. Deutschland war ganz verarmt und konnte auch in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts noch nicht wieder zu Wohlstand kommen. Die Krankenhäuser waren und blieben im protestantischen Gebiete mit einigen wenigen Ausnahmen schlecht, nichts geschah zu ihrer Verbesserung. Man hielt es für richtiger, die Armen in ihren Wohnungen zu verpflegen, wie denn auch überall die Kranken einen grossen Widerwillen gegen die Hospitäler empfanden und bis in die Neuzeit empfunden haben. Kost, Verpflegung und Wartepersonal waren vollkommen ungenügend und einer Bettelversorgung gleich. Der Arzt kam nur selten und überliess untergeordneten Kreaturen das Regiment im sogenannten Krankenhaus. In der Gemeindepflege aber liess man die Armen durch die Armen verpflegen. Spener und August Hermann Franke waren nicht im Stande, die Liebesthätigkeit der früheren Zeiten von Neuem zu erwecken. „Dem Pietismus war“, wie Uhlhorn trefflich ausführt, „die Frömmigkeit der einzige Inhalt des Lebens und nicht das alles durchdringende Lebensprincip. Deshalb hat er auch für die socialen Lebensinteressen keinen Sinn. Es ist das alles für ihn ein Stück Welt, dem er kühl gegenüber steht.“ Dagegen betonte schon Herder, „dass das Christenthum nicht den Geschäften und Ständen in der Welt entgegengestellt werden, sondern bei ihnen sich erweisen soll, dass Christsein sich eben darin bethätigt, dass jeder an seinem Platze seine Pflicht thut, dass das Christenleben zugleich wahre Menschlichkeit ist und das Christenthum die Religion der Menschenliebe.“ Gerade diese Anschauung hatte der Pietismus, wie die Orthodoxie des Protestantismus verkümmern lassen und so lag alles todt, als die grosse Noth der Napoleonischen Knechtschaft über Deutschland hereinbrach und zugleich in Folge des gewaltigen Einflusses der französischen Revolution die Zeit der Wiedergeburt in den Freiheitskriegen, die eine wunderbare Erneuerung des deutschen Volkes, besonders auch auf dem Gebiete der freien Liebesthätigkeit der protestantischen Bevölkerung herbeiführen sollte.

### b) In der katholischen Bevölkerung.

Ganz anders hatte sich inzwischen der Einfluss der Reformation auf die wohlthätigen Kreise der katholischen Kirche geltend gemacht. Hier traten im XVI. und XVII. Jahrhundert Genossenschaften für die Armen- und Krankenpflege auf, die alles bisher dagewesene durch

die Reinheit ihrer Zwecke und ihre ausserordentlichen Leistungen überstrahlen.

Die Hierarchie gab zunächst die Herrschaft über die Wohlthätigkeitsanstalten und die damit verbundenen Genossenschaften nicht ohne weiteres auf. Das Concil in Trient (das Tridentinische genannt) 1545—1563 sollte auch der katholischen Kirche die von Vielen ersehnte Reformation bringen, thatsächlich aber wirkte es antireformatorisch. Dem oberen Klerus wurde die Aufsicht über die Hospitäler, Krankenhäuser und Wohlthätigkeitsanstalten, die Verwaltung der damit zusammenhängenden Pfründen und Einnahmen wieder übertragen, wofür der Bischof die Pflicht der Armenpflege übernahm. Man liess ausser Acht, dass gerade durch die Aufsicht des Klerus die Einkünfte der wohlthätigen Stiftungen ihrem Zweck entzogen worden waren und sich vielfach in den Händen hoher Kirchenbeamten befanden. Glücklicher Weise fand die Durchführung der Tridentiner Beschlüsse an der wachsenden Macht der Landesherren und Städte ein unüberwindliches Hinderniss. Schon seit geraumer Zeit hatten Fürsten und Stadträthe die Aufsicht über die Stiftungen und wohlthätigen Anstalten, soweit sie nicht von der Kirche selbst unterhalten wurden, an sich genommen. Nichts konnte sie weniger bestimmen, auf dies usurpirte Recht zu verzichten, als eine Reihe von Sitzungen sich streitender Kirchenfürsten. Im Gegentheil kam man allseitig zur Säcularisation der Stiftungen verschiedenster Art. Karl XI. von Frankreich entzog 1561 ausdrücklich den Geistlichen die Leitung der Hospitäler und bestimmte, dass deren Verwaltung durch angesehene und ehrwürdige Einwohner zu führen sei, die von den durch die Stiftung dazu berechtigten Personen oder in Ermangelung solcher von den Bürgerschaften ernannt werden sollten und zu jährlicher Rechnungslegung bei der weltlichen Behörde verpflichtet waren. Somit verblieb dem Klerus nur die Leitung der von ihm selbst unterhaltenen Anstalten.

Die Reformation der Krankenpflege in der katholischen Kirche ging von Spanien aus — ebenso wie die Hauptorgane der kirchlichen Gegenreformation, die Jesuiten und Dominikaner, von dort aus ins Leben und in Thätigkeit traten. Aus Spanien kam das Vorbild des modernen Hospitals und die der Neuzeit entsprechenden Pflegekräfte.

## 1. Die barmherzigen Brüder.

### α) Die barmherzigen Brüder vom Orden Johannes von Gott.

Johann Ciudad, geb. 8. März 1495 im Flecken Major el Nuovo im Erzbisthum Evora, Provinz Alemteyo, Portugal, fasste nach einem an Ausschweifungen und Abenteuern reichen Vorleben, auf Veranlassung des berühmten spanischen Predigers Juan d'Avila, den Entschluss, Kranke zu pflegen. Er errichtete zunächst in Granada im Jahre 1534 eine kleine Armenanstalt und mit ihr eine Laienbrüderschaft von Krankenpflegern mit eigener Kleidung und einem Konvent. Als er am 8. März 1550 starb, hinterliess er bereits eine Reihe von wohleingerichteten Hospitälern und eine festgefügte Genossenschaft zu deren Versorgung. Schon im Jahre 1553 besass das Hospital in Granada grosse Tochteranstalten in

Madrid, Cordova und Lucena. Es waren dies nicht mehr Versorgungsanstalten oder Fremdenhäuser, sondern Krankenhäuser im modernen Sinne. Im Jahre 1572 schrieb Papst Pius V. eine Kleidung vor: schwarzer Talar, mit ledernem Gürtel umschlossen, schwarzes Scapulier mit kleiner runder und steifer Kapuze. Zugleich bestätigte er das Ordensstatut mit der Regel des heiligen Augustin. Danach konnte sich der Orden für jedes Hospital einen eigenen Superior wählen und einen Ordensbruder zum Priester weihen lassen, der im Hospitale sowohl den Priestern, wie auch den Kranken den Gottesdienst verrichten und die heiligen Sakramente spenden sollte, ausserhalb des Hospitals war es ihm jedoch nicht gestattet, geistliche Funktionen vorzunehmen. Paul V. bestätigte dies Recht 1609, Urban VIII. jedoch, der 1624 den Brüdern alle Privilegien und Vorrechte der Mendikantenorden ertheilte, beschränkte jenes Recht dahin, dass die Ordenspriester kein höheres Amt im Orden selbst annehmen und ausser dem Hospital keine Jurisdiktion haben sollten. Bei jedem Hospitale von weniger als 12 Brüdern hat der Bischof, in dessen Sprengel sich die Anstalt befindet, als Ordinarius die Mitaufsicht über die Kasse zu führen.

Da der Orden den humanen Zweck verfolgte, armen, verlassenen und hilflosen Kranken, ohne Unterschied der Religion, des Bekenntnisses, Vaterlandes und Charakters unentgeltlich ärztliche Hilfe und treue, sorgsame Pflege zu theil werden zu lassen, breitete er sich schnell aus über Spanien, Frankreich, Italien, Deutschland, Polen, Amerika und Indien. Schon im Jahre 1592 konnte er sich in 2 Hauptkongregationen theilen, eine Generalschaft für Spanien und Westindien, die andere für Italien und Rom, wo das erste Hospital auf der Tiberinsel errichtet wurde, und für die übrigen Länder. Im Jahre 1692 wurde Juan Ciudad, genannt di Dio, heilig gesprochen. Seine Brüderschaft zählte bereits 18 Zweigniederlassungen mit grossen und prächtig eingerichteten Krankenhäusern. Anfangs des XVIII. Jahrhunderts hatte er in der Generalschaft Rom bereits 155 Hospitäler mit 7210 Betten und jährlich 150000 Kranken, in der Generalschaft Spanien 138 Hospitäler mit 4140 Betten und 47000 Kranken jährlich.

Als Zeit des Eintritts gilt das 18. bis 35. Lebensjahr, die Aufnahme geschieht nach einem Noviziate von einem Jahr durch geheime Abstimmung und macht allen Mitgliedern ohne Ausnahme die beständige Pflege von Kranken jeden Bekenntnisses zur Pflicht. Die Brüder haben sich stets auch mit den medizinischen Studien beschäftigt und so dazu beigetragen, die Entwickelung der wissenschaftlichen Medizin zu fördern. Ihre Klöster sind grosse Hospitäler von musterhafter Einrichtung, in die sie unbemittelte Kranke aufnahmen. Musteranstalten dieser Art waren schon frühzeitig das Hospital der Barmherzigen Brüder in Rom, Neapel, Mailand, Paris, Turin, Prag und andere. Jedes Kloster steht unter einem Superior, die Provinz unter einem auf drei Jahre vom Kapitel gewählten Provinzial, über denen der auf 6 Jahre gewählte General der Kongregation steht. In Schlesien bestehen sie seit dem Jahre 1712. Die Säkularisation im Jahre 1810 traf die Klöster der barmherzigen Brüder nicht mit, sie blieben meist in ihrem menschenfreundlichen Wirkungskreise bestehen, das Königlich Preussische Säkularisationsedikt vom 30. Oktober 1810 wies ihnen sogar Unterstützungen aus dem Säkularisationsfonds zu.

Als Kriegskrankenpfleger thaten sich die barmherzigen Brüder zuerst in den schlesischen Kriegen hervor, auch später waren sie gewissenhafte und gern gesehene Pfleger der Kranken und Verwundeten in Zeiten der Seuchen und des Krieges. Im Jahre 1831 richteten die Brüder in Breslau ihr Krankenhaus zum Choleralazareth ein, während die vorhandenen Kranken in dem städtischen Hospitale untergebracht wurden. Dies blieb 2 Monate hindurch, währenddem 374 Personen beiderlei Geschlechts aufgenommen wurden. Davon starben 190 und wurden auf dem Klosterkirchhof begraben. 5 Ordensbrüder erlagen damals der Cholera. Während des Krieges gegen

Frankreich haben die barmherzigen Brüder in Breslau 160, in Frankenstein und Steinau (a. O.) je 60 Betten in ihren Klöstern den Verwundeten zur Verfügung gestellt.

Der Orden besass in Preussen 1886 sechs Niederlassungen mit 100 Mitgliedern; am 1. Januar 1897 waren vorhanden vom Mutterhaus Montabaur 11 Niederlassungen mit 181 Mitgliedern, vom Mutterhaus Trier 9 Niederlassungen mit 156 Mitgliedern, in der schlesischen Ordensprovinz 7 Niederlassungen mit 138 Mitgliedern, demnach zusammen 27 Niederlassungen mit 475 Mitgliedern, oder ein Zuwachs in 10 Jahren um fast das Fünffache.

### β) Die Alexianer in Aachen.

Bei der Besprechung der Begarden wurde die Laienbrüderschaft der Alexianer in ihrem Ursprung betrachtet. Es war eine weltliche Genossenschaft zur Pflege armer Verlassener und Kranker, sowie zur Bestattung der Leichen, daher auch der Name „Celliten". 1472 wurden sie als Orden der barmherzigen Brüder vom heiligen Alexius in Aachen mit den Zweigniederlassungen Köln und Neuss durch Papst Sixtus IV. bestätigt. Die noch jetzt vorhandenen Krankenhausgebäude in Aachen zeigen die Jahreszahlen 1607, 1632, 1661, 1669, 1788. Ursprünglich bestimmte die Ordensregel, dass in einem Hause nicht mehr als 12 Brüder Aufnahme finden sollten, somit konnte die Anzahl der aufzunehmenden Kranken nur klein sein. Mit dieser Bestimmung wurde jedoch gebrochen, als der Orden am 1. März 1843 die Pflege der männlichen Kranken im städtischen Hospital übernahm, die sie bis zum 15. October 1855 behielten. Dann wurde das neue, mustergiltig ausgestattete städtische Krankenhaus „Mariahilf" in Gebrauch genommen und den Schwestern vom Orden der heiligen Elisabeth übergeben. Die Alexianer aber widmeten sich nun ganz der Irren- und Idiotenpflege in den Anstalten „Mariabrunn" und „Mariaberg". Seit dem Jahre 1883 war ihnen die Pflege der Provinzial-Idioten und -Epileptiker vom Landesdirektorium übergeben. Der Prozess Mellage brachte jedoch im Sommer 1895 Uebelstände schlimmster Art in der Irrenbehandlung der Alexianer in Mariaberg an die Oeffentlichkeit, sodass sich die Provinz veranlasst sah, die Verbindung mit den Alexianern in Mariaberg abzubrechen.

In den Kriegen 1864, 1866 waren eine Anzahl Alexianer als freiwillige Krankenpfleger thätig und haben sich die grösste Anerkennung erworben. 1870/71 entsandten die Alexianer 45 Brüder auf den Kriegsschauplatz. In ihren Krankenhäusern waren überall Lazarethe für Verwundete eingerichtet. Sie erhielten dafür von höchster Stelle die wohlverdiente Anerkennung und von den Aerzten, mit denen sie in Berührung kamen, Empfehlungsschreiben. Am 1. Januar 1897 besassen die Alexianer in Preussen 10 Niederlassungen mit 231 Mitgliedern.

### γ) Die Brüder des heiligen Bernhardin von Obregon.

Bernhardin von Obregon stiftete in Spanien Ende des 16. Jahrhunderts eine Brüderschaft, die die III. Regel des heiligen Franziskus befolgten, sie wurden Frères infirmiers oder auch kurz Obregons genannt. Ihre Hauptbeschäftigung war die Krankenpflege. Sie erlangten in Spanien, Portugal und den Niederlanden eine grosse Verbreitung, bis sie in den Stürmen der französischon Revolution untergingen.

### δ) Die Bons Fieux.

Eine Anzahl von Handwerkern, die nach Art der Begarden ein gemeinsames, gottesfürchtiges Leben führten, verbanden sich 1615 in Armentières (Flandern) zu einer Genossenschrft, die die III. Regel des heiligen Franziskus annahm. 1679 übernahm die Kongregation auf Wunsch Louis XIV. den Krankendienst in den Hospitälern in Dünkirchen, Bergen und Ypern. Sie widmeten sich auch dem Krankendienst in

Privatwohnungen, besonders bei Geisteskranken. Die französische Revolution liess sie verschwinden.

### ε) Die Kongregation Santa Maria della pietà de poveri pazzi.

Im Jahre 1564 bildete sich in Rom eine besondere Pflegerschaft für Geisteskranke an dem im Jahre 1548 gegründeten Hospital Santa Maria della pietà de poveri pazzi. Das Hospital ist später mit dem archespedale san spirito verbunden, wo die Pflegerschaft noch jetzt wirkt.

### ζ) Confraternità della perseveranza.

Im Jahre 1663 wurde in Rom eine Brüderschaft gegründet, die gleich den alten Parabalanen hilfsbedürftige Fremdlinge in den Herbergen aufsuchten und ihnen jeden Beistand leistete. Die Leichen der Verstorbenen bestattete sie zur Erde.

### η) Die Väter des guten Sterbens.

Die regulirten Kleriker des heiligen Camill de Lellis. Derselbe, ursprünglich ein ausschweifender venezianischer Söldner, der vergebens um die Aufnahme in den Kapuzinerorden gebeten hatte, da er durch ein Fussgeschwür untauglich war, lernte im Jacobshospitale der Unheilbaren mehrere Jahre hindurch die Krankenpflege, erhielt 1585 ein eigenes Haus, als Sitz der von ihm geschaffenen Kongregation zur Pflege Schwerkranker und Sterbender und wurde vom Papst Sixtus V. als Stifter und Vorsteher seines Ordens bestätigt, unter Auferlegung der drei Geistlichen Gelübde und dem vierten, den Kranken im Sterben, besonders in Pestzeiten, beizustehen. In Rom nahmen sie ihren Sitz bei der Magdalenenkirche, von hier verbreiteten sie sich über die Hauptstädte Italiens. Im Jahre 1591 erhob Papst Gregor XII. den Orden zu einem geistlichen, Clemens VIII. ertheilte ihm 1592 wichtige Rechte und Privilegien. Zweigniederlassungen entstanden im Jahre 1590 in Nola, 1594 in Mailand, Genua, 1597 in Bologna, 1600 in Mantua und 1603 in Ferrara, so dass Paul V. die Kongregation im Jahre 1605 in 5 Provinzen theilte, während Innocenz X. im Jahre 1644 unter Aufhebung der kleinen Klöster die Zahl der Provinzen auf 2 herabsetzte. Sein Nachfolger dehnte sie dann wieder auf 4 aus.

In Italien ist der Orden jetzt noch verbreitet. Seine Häuser zerfallen in Professhäuser, Noviziat- und Siechenhäuser. Die beiden letzten dürfen Einkünfte besitzen, die ersten nicht. Das Noviziat ist zweijährig. Ausser den 4 Gelübden der Krankenpflegeorden, legen sie noch 4 Gelübde ab: 1. im herkömmlichen Krankendienst nur dann eine Aenderung herbeizuführen, wenn diese dem Kranken zum grösseren Vortheil gereicht, 2. kein Eigenthum, das den Häusern gehört, zu beanspruchen, 3. nach keiner Würde ausserhalb des Ordens zu streben und den dem Superior anzuzeigen, der solches thut, 4. solche Würde nur mit päpstlichem Dispens anzunehmen. In Spanien wurden die Väter des guten Sterbens: Agonizanten genannt.

Einige weniger bedeutende, sich der Krankenpflege widmende Hospitaliterorden aus den ersten Jahrhunderten der Neuzeit seien hier kurz erwähnt: Die Brüder des Ordens vom heiligen Hippolyte, die 1585 in Mexico von Bernardin Alvarez gegründet wurden. Die Bethlehemiter, die 1650 in Guatemala und Westindien ihr Werk begannen, und die Hospitaliter vom heiligen Joseph oder der heiligen Dreieinigkeit, die sich 1642 mit kanadischen Missionaren vereinigten.

ϑ) Die Franziskaner.

Als der Benediktinermönchsorden seinem Verfall entgegen zu gehen schien und mit ihm das ganze Mönchsthum, brachte eine einfache Umänderung des Gelübdes der Armuth in das des Bettelns wieder einen enormen Aufschwung des Mönchslebens überhaupt. Giovanni Bernardone, der Sohn eines Kaufmanns in Assisi, geboren 1182, beschloss nach einer schweren Erkrankung zur Uebung der Demuth, seinen Umgang nur auf Bettler, Kranke und Aussätzige zu beschränken, zog singend und bettelnd umher, um das nöthige Geld zur Wiederherstellung der ihm von den Benediktinern geschenkten verfallenen Kirche der Maria der Engel bei Assisi zu erwerben. Er gewann bald Anhänger und Schüler, die mit ihm im groben grauen Rock mit Kapuze und einem Sack angethan, umher pilgerten und die Busse predigten. Im Jahre 1208 gab er seinem Verein eine, in 23 Kapiteln abgefasste Regel. Die Mitglieder hiessen Minores fratres, daher Minoriten, sie durften nur für des Leibes Nothdurft betteln, Geld aber ausser für kranke Mitbrüder nicht annehmen. Sie hatten die Pflicht hinauszugehen als Missionare, Kranke zu heilen und Sünder zu bekehren. Dabei durften sie nicht das Mindeste bei sich tragen und hatten die Pflicht, ihren Obern unbedingten Gehorsam zu leisten. Innocenz III. verweigerte anfangs die Bestätigung, ertheilte sie aber später doch, ebenso die Lateransynode im Jahre 1215. Giovanni, der wegen seiner Gewandheit, sich in französischer Sprache auszudrücken, den Namen Francesco erhalten hatte, begründete im Jahre 1211 seinen Orden in Arozzo, Pisa, Florenz, Perugia und Cortona und missionirte bis zum Jahre 1215 in Spanien, Portugal und Frankreich. Eine von ihm mit 12 Brüdern unternommene Missionsreise nach Afrika hatte nicht den gewünschten Erfolg. Inzwischen hatte der von ihm als Stellvertreter eingesetzte Elias von Cortona die ihm verliehene Gewalt dazu gebraucht, seinen Brüdern manchen Erlass der strengen Satzungen zu gewähren, dafür hatte er die gelehrten Studien und den Kirchen- und Klosterbau begünstigt. Francesco eilte, als er dies erfuhr, zurück und entsetzte Elias seiner Stellung, darauf zog er sich in die Einsamkeit zurück. Um den Gedanken eines frommen Lebens ohne mönchische Absonderung und feierliche Gelübde zu fördern, gründete Francesco Assisi, wie er jetzt genannt wurde, die Laienbrüderschaft der sogenannten Tertiarier. Das sind „Brüder und Schwestern, die nicht direkt dem Orden angehören, aber sich verpflichten, im täglichen Leben nach den Haupterfordernissen eines gläubigen Christen zu leben, allen Zank, Neid, alle Genusssucht zu meiden, ehrbar und keusch zu leben, nie Schauspiele etc. zu besuchen und den Armen, Hilflosen, Kranken und Gebrechlichen Freund, Pfleger und Berather im Sinne Jesu Christi zu sein. Die heilige Elisabeth von Thüringen, aber auch andere Fürstinnen und Fürsten lebten nach dieser dritten Regel des heiligen Franz von Assisi. Nachdem dieser noch einen Orden der Klarissinnen gestiftet, die sich anfangs ebenso wie die Minoriten damit beschäftigten, herumzupilgern, Kranke zu pflegen und zu heilen, sowie Busse zu predigen, heute aber sich nur noch mit der Erziehung der Jugend abgeben, starb Franz am 4. October 1226, nur 44 Jahre alt, auf dem Erdboden seiner Kirche und wurde 2 Jahre nach seinem Tode durch Papst Gregor IX. heilig gesprochen. Der Verlauf der Geschichte des Ordens, der sich im Laufe der Jahrhunderte den grössten Anhang im Volke erwarb und in die beiden Hauptkongregationen der Konventualen und Observanten durch das Konzil in Kostnitz (1415) eingetheilt wurde, von denen jedoch die Observanten, und somit die strengere Richtung, durch die Bulle Leos X. (1517) allein noch anerkannt blieben, interessirt uns hier weniger. Die Franziskaner haben nicht so durch ihr eigenes Eingreifen auf dem Gebiete der Krankenpflege, als vielmehr durch ihr stetes Eintreten und Hinweisen mit Wort und Schrift auf die Liebesthätigkeit, die den Schwachen und Kranken zuzuwenden sei, dass Verständniss und die Neigung zur Kranken-

pflege im Volke hervorgerufen und dadurch indirekt zur Bildung der barmherzigen Schwestern und Brüder, sowie der zahlreichen andern mehr lokalen Krankenpflegegenossenschaften beigetragen. Am 1. Januar 1897 hatten die Franziskaner-Tertiarier-Brüder, die später ein Orden regulirter Canonici geworden sind und sich nur mit Krankenpflege, Arbeiterkolonieen, Küsterdienst etc. beschäftigten, in Preussen sieben Niederlassungen mit 159 Mitgliedern. Das Mutterhaus befindet sich in St Josephshaus in Hansen bei Waldbroitbach.

## 2. Die barmherzigen Schwestern.

### α) Ursulinerinnen.

Wenn auch die Urselinerinnen nicht direkt zu den barmherigen Schwestern gerechnet werden können, so sind sie doch die Vorläuferinnen derselben und werden am zweckmässigsten hier besprochen.

Angelo Merici (geboren 1470 in Desenzano, gestorben 1540) gründete 1537 eine Vereinigung von gleichgesinnten frommen Frauen und Jungfrauen, die ohne ein besonderes Gelübde unter dem Patronate der heiligen Ursula als Tertiarierinnen sich dem Unterricht der Kinder und der Armen- und Krankenpflege widmeten. Sie wohnten später in eigenen Häusern und wurden 1544 durch Papst Paul III. als Orden bestätigt. Der berühmte Mailänder Erzbischof Karl Borromeo „ein Märtyrer der Liebe, ein leuchtendes Beispiel für Hirten und Schafe“, wie er in der Kanonisationsbulle vom Jahre 1610 genannt wird, erkannte die Bedeutung der Ursulinerinnen und führte sie in alle 15 Bisthümer seines Sprengels ein. Später wurden sie auch nach Frankreich und Deutschland eingeführt, wo sie als Schul- und Krankenpflegeschwestern verdienstvoll gearbeitet haben. Heute sind sie in Preussen nur noch als Schulschwestern thätig und zwar besassen sie: Mutter-Haus Answeiler, 9 Niederlassungen mit 209 Mitgliedern; M. H. Köln 2 Niederlassungen mit 77 Mitgliedern; M. H. Venlo 1 Niederlassung mit 7 Mitgliedern; M. H. Breslau 5 Niederlassungen mit 168 Mitgliedern; M. H. Osnabrück 1 Niederlassung mit 19 Mitgliedern; M. H. Nymwegen und Dorsten 3 Niederlassungen mit 80 Mitgliedern; M. H. Erfurt 1 Niederlassung mit 43 Mitgliedern; M. H. Fritzlar 1 Niederlassung mit 27 Mitgliedern; M. H. Duderstadt 1 Niederlassung mit 34 Mitgliedern und schliesslich M. H. Liebenthal mit einer Niederlassung und 27 Mitgliedern, demnach zusammen 25 Niederlassungen mit 691 Mitgliedern.

### β) Die Vinzentinerinnen.

Vinzenz von Paul (franz. Vincent de Paul), geb. am 24. April 1576 zu Pouy in der Gascogne, als Sohn eines Landmannes, wurde als Jüngling von Seeräubern gefangen und lebte einige Zeit in Tunis. Von hier geleitete er einen von ihm bekehrten Renegaten nach Rom, um ihn dem Orden der barmherzigen Brüder zuzuführen. Das Kloster und Krankenhaus dieses Ordens, sowie dessen ganzes Wirken fesselten den für die Charitas begeisterten jungen Geistlichen gewaltig und liessen in ihm den Wunsch gross werden, eine ähnliche Werkthätigkeit unter den Frauen und Jungfrauen vorzubereiten. Hierzu hatte er als Hausgeistlicher der Königin Margarethe von Frankreich gute Gelegenheit. Die Gattin des Präsidenten Goussault unterstützte ihn zu Anfang des 17. Jahrhunderts bei der Gründung eines Vereins von Frauen in Paris, die sich im Hòtel Dieu der Krankenpflege widmeten. Diese Dames de la charité (confrérie de la charité) sollten die mangelhafte Pflege der im Hôtel Dieu vorhandenen Spitalschwestern durch ihre Thätigkeit ergänzen. Zu dem Frauenverein des Hôtel Dieu traten noch mehrere in anderen Parochien von Paris hinzu, so dass sich allmählich eine rege Theilnahme der Damen der besseren Stände an der Krankenpflege vor-

bereitete. Vincenz wollte jedoch etwas Anderes, jene Vereinsbildung war für ihn nur die Grundlage, auf der er eine Genossenschaft von barmherzigen Schwestern bilden wollte, die an kein einzelnes Hospital gebunden, sondern bereit und fähig waren, da, wo man ihrer bedurfte, in allen Zweigen der christlichen Liebesthätigkeit, vor allem aber in der Krankenpflege mit geschulten und geschickten Kräften einzutreten. Das Mutterhaus sollte nur die Mutter sein, in der die barmherzige Schwester ausgebildet und zur Aussendung bereit gehalten wird. Ihre Arbeit aber sollte sie draussen finden in den Spitälern, in den Privatwohnungen, in den Gefängnissen, bei Armen und Kranken jeder Art, bei den verlassenen Kindern, den gefallenen Frauen und Jungfrauen, überhaupt auf allen Gebieten der inneren Mission, wie es heute heisst. Die ausgebildeten Schwestern sollten wiederum den Confréries zu Hülfe gesandt werden und mit ihnen und in ihrem Auftrage arbeiten. Wir werden später sehen, wie dieser Gedanke in der Neuzeit wieder durch die vaterländischen Frauenvereine und die von ihnen zur Ausbildung fortgegebenen und dann angestellten Krankenpflegerinnen in Deutschland von Neuem verwirklicht worden ist.

Vincenz von Paul versorgte längere Zeit als Pfarrer die Landgemeinde Châtillon (les Dombes la Bresse), die er durch den Grafen von Goudy während dessen sommerlichen Landaufenhaltes kennen gelernt hatte, und entwickelte in anspruchsloser Demuth eine bewunderungswürdige Thätigkeit für innere Mission. Hier fand er ein junges Landmädchen, das, hochbegabt, von selbst lesen gelernt und dann angefangen hatte, arme Kinder zu unterrichten. Sie folgte ihm gern nach Paris, um dort den Armen und Kranken zu dienen. Hier starb sie bald darauf bei der Pflege Pestkranker. Dieser ersten barmherzigen Schwester folgten andere, doch erkannte Vincenz bald, dass man sie, ehe man sie selbstständig aussenden könnte, in einem ordentlichen Noviziat ausbilden müsse. Es bildete sich aus Anlass einer seiner hinreissenden Predigten eine Schwesternschaft der Dienerinnen der armen Kranken (servantes des pauvres malades). Louise de Marillac, Gattin des Sekretairs Legras der Königin Maria von Medici interessirte sich für diese Schwesterschaft und veranlasste mehrere vornehme Damen, in dieselbe einzutreten. Man widmete sich nun in Privathäusern und Hospitälern der Krankenpflege. Als Legras im Jahre 1625 starb, trat seine Gattin selbst in die Schwesternschaft ein und übernahm die Leitung. Am 29. November 1633 zogen vier junge Mädchen zu ihr, und am 25. März 1634 legte Madame Legras das Gelübde ab, der Schwesternschaft und dem Dienste der Barmherzigkeit ihr Leben zu widmen. Dieser Tag gilt als Stiftungstag des Ordens, obwohl die Bildung der Kongregation mit der Regel erst später erfolgte. Im Jahre 1636 bezogen sie ein besonderes Gebäude, in dem Kinder, arme Mädchen und Frauen aufgenommen wurden, um Unterricht, leibliche und geistige Pflege zu erhalten. Im Jahre 1645 übernahm die Schwesternschaft, die inzwischen auch ein von Vincenz gegründetes Findelhaus (Hospital des enfants trouvés 1642) übernommen hatte, die Pflege der Geisteskranken und Pfründner von Paris. Im Jahre 1655 erhob sie der Erzbischof von Paris zur selbstständigen Genossenschaft der soeurs de charité (im Volksmunde soeurs grises). 1657 wurde sie vom Könige bestätigt und 1668 erfolgte die päpstliche Anerkennung. Vincenz von Paul, der wegen seiner eifrigen Seelsorge unter den Galeerensklaven im Jahre 1619 zum Aumônier royal des galères de France ernannt worden war, und später noch den Orden der Lazaristen (d. h. der Prediger für innere Mission) gestiftet hatte, starb am 27. September 1660. Damals hatten die soeurs de charité schon 28 Anstalten. Aus der Verfassung des Ordens sei Folgendes mitgetheilt: Vincenz bestimmte, dass eine Vorsteherin alle 3 Jahre durch Stimmenmehrheit von den Schwestern aus deren Mitte gewählt würde. Nach 3 Jahren kann sie wieder gewählt werden, aber nur noch einmal. Jede Schwester ist ihr unbedingten Gehorsam schuldig, jedoch ist die Vorsteherin unter die Leitung des Superiors der Mission gestellt und verpflichtet, den Rath von 3 ihr als officières zur

Seite gegebenen Schwestern einzuholen. Die Schwestern legen nur einfache Gelübde ab (die 3 gewöhnlichen und die Gelübde der Stabilität, d. h. im Dienste der Armen und Kranken bleiben zu wollen) und zwar immer nur für 1 Jahr. Jedes Jahr, am Stiftungstag, wird das Gelübde erneuert, jedoch nur auf Vorschlag der Superiorin und mit Genehmigung des Superiors der Mission. Auf diese Weise konnte man sich untüchtiger Elemente, wie bei den Jesuiten, jederzeit entledigen. Der Orden der barmherzigen Schwestern breitete sich in Folge der ausserordentlichen Leistungsfähigkeit der Mitglieder auf dem Gebiete der Krankenpflege ungemein schnell über Frankreich, Spanien und Italien aus. Kurz vor der Revolution war die Zahl seiner Häuser in Frankreich allein auf 400 gestiegen. Während der französischen Revolution hatte er mit den grössten Widerwärtigkeiten und den rohesten Unterdrückungen zu kämpfen. Die meisten Schwestern wandten sich damals nach England. Napoleon berief sie später unter rühmender Anerkennung ihrer Verdienste wieder zurück, eine von ihnen, die Schwester Martha, dekorirte er mit dem Orden der Ehrenlegion. Auch sorgte er dafür, dass die Schwesternschaft wieder in den Besitz ihrer sämmtlichen Häuser gesetzt wurde. In Rom wurden die barmherzigen Schwestern (sorelle della carita oder della misericordia) erst unter Leo XII. durch die Herzogin Maria Pamfili zunächst im Archiospedale del Santissimo Salvatore eingeführt.

Ihre Hauptaufgabe bestand hier darin, akute Kranke, die in Rom lange Zeit hindurch nicht in die Krankenhäuser, oder richtiger gesagt Hospitäler, aufgenommen werden durften, zu Hause in deren Wohnung zu verpflegen. Chronische Kranke besuchten sie zweimal wöchentlich, versorgten sie mit Speise und Trank, trugen die Kosten der ärztlichen Behandlung und unterstützten sie sonst noch in jeder Weise.

In Deutschland fanden die barmherzigen Schwestern 1808 in Münster Eingang durch den späteren Erzbischof Clemens August. Dann 1811 in Trier, 1825 in Coblenz, 1826 wieder in Trier, 1827 in München und von hier in ganz Baiern. In Berlin übernahmen sie 1855 das katholische Krankenhaus.

In Oesterreich erhielten sie 1834 das Hospital in der Vorstadt Gumpendorf, das unter der Leitung des homöopathischen Arztes Dr. Fleischmann berühmt wurde. In Prag liessen sie sich 1837, in Insbruck 1838, in Grätz 1841 nieder.

Die Zahl der verschiedenen Orden, die nach dem Vorbild des Ordens der Vincentinerinnen (d. h. Barmh. Schwestern nach der Regel des heil. Vincenz von Paul) in der Folgezeit, namentlich in der Zeit von 1650—1750 gegründet wurden, ist eine überaus grosse. Es sind theils Kongregationen für den Unterricht, wie die Ursulinerinnen z.B. die files de la croix, die Dames de l'instruction de l'enfant Jésus (sog. Beaten), die soeurs de la doctrine chrétienne (sog. Watelottes), die filles de la Sagesse etc., theils solche für Armen- und Krankenpflege, oder auch für Beides, Schule und Krankenpflege zugleich, z. B. die soeurs de notre Dame de charité dites de St. Michel, die filles de St. Martha in Angoulême, die Religieuses de St. Marie immaculée in Bourges, die soeurs de St. Josef in Amien, die Dames de St. Thomas de Villeneuve, die filles de Genoféfa, die Schwestern der Vorsehung und Andere, ferner solche, die aus älteren Pflegerschaften umgebildet wurden, z. B. die soeurs hospitalières de l'hôtel dieu de Laon, die Spitalschwestern in Reims, die soeurs hospitalières de la charité in Dijon und Andere. Ganz besonders aber die Schwestern vom heil. Karl Borromeo. Die wichtigsten von ihnen werden noch besonders besprochen.

Wenn auch alle verschiedene Satzungen haben, so stimmen sie doch in den Hauptpunkten überein. Die Aspirantinnen müssen meist im Alter von 18—24 Jahren stehen und nach einer Probezeit die drei geistlichen Gelübde ablegen. Der Kirche und dem Orden gegenüber sind sie durch diese Gelübde für ihre Lebenszeit ver-

pflichtet. Zur unmittelbaren Theilnahme an der Aufgabe des Ordens verbinden sie sich stets nur auf ein Jahr. Einzelne Zweige der Krankenpflegerorden der barmherzigen Schwestern sind nur in der Anstaltspflege, andere sind in der Gemeindepflege thätig, andere pflegen nur Frauen, andere auch Männer, andere widmen sich nebenbei auch gefallenen Frauen und Mädchen, andere dem Unterricht.

Die Vincentinerinnen besassen am 1. Januar 1897 in Preussen zusammen

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 219 | Niederlassungen | mit | 1638 | Mitgliedern, |
| nämlich Vincens-Mutterhaus: | Culm | 28 | „ | „ | 254 | „ |
| | Fulda | 34 | „ | „ | 228 | „ |
| | Hildesheim | 19 | „ | „ | 194 | „ |
| | Nippes | 19 | „ | „ | 188 | „ |
| | Paderborn | 68 | „ | „ | 716 | „ |
| | Strassburg | 9 | „ | „ | 53 | „ |
| | Freiburg (B.) | 2 | „ | „ | 5 | „ |

### γ) Borromäerinnen.

Die Kongregation der barmherzigen Schwestern vom heil. Karl Borromäus ist ebenfalls eine Stiftung französischen Ursprungs. Auf einer Schenkung des Herrn Emmanuel Chanvenel von Xoudailles in Nancy, der im Andenken an seinen nur der dienenden Nächstenliebe gewidmeten, im Jahre 1651 in Toul an einer Seuche in der Krankenpflege verstorbenen Sohn, einen jungen Advokaten, handelte, wurde am 18. Juni 1652 eine Wohlthätigkeitsanstalt (Kranken- und Siechenhaus) gegründet, deren erste Leiterin Barbara Thouvenin, Wittwe des Advokaten Nicolas Perrin in Nancy war. Diese versammelte eine Anzahl Wittwen und Jungfrauen um sich und legte mit ihren Schwestern am 23. November 1662 Profess ab vor dem Probst von St. Georg in Nancy unter der Autorität des Bischofs von Toul, dem Nancy damals unterstellt war. Damit wurde die Anstalt in eine Ordensgesellschaft (congrégation) umgewandelt. Die „barmherzigen Schwestern", wie sie nun genannt wurden, wurden vom Herzog Karl IV. von Lothringen, der den Orden durch Patentschreiben vom 15. Mai 1663 (registrirt vom Lothringischen Hof am 2. Juni 1663), genehmigte und mit allen Privilegien der Häuser herzoglicher Stiftung autorisirte, in dem vom Grossdechanten an der Hauptkirche in Nancy, Pater von Stainville, gestifteten Zufluchtsort für Unglückliche untergebracht, der zunächst unter dem Schutze des heiligen Karl Borromäus zur Aufnahme armer Kinder bestimmt war. Die Schwestern wurden daher eigentlich nur durch Zufall nach diesem menschenfreundlichen Bischof von Mailand die barmherzigen Schwestern vom heil. Karl Borromäus, oder kurz Borromäerinnen genannt. Die erste Superiorin war Anna Roger, Wittwe des herzoglich lothringischen Staatsraths Nicolas Virion, der erste geistliche Obere, Bon de Hazelt, Propst von St. Georg in Nancy. Die eigentliche Ordensorganisation erhielten die Borromäerinnen erst unter der zweiten Vorsteherin Barbara Godefroy und dem zweiten Oberen Epiphanias Louys, Abt von Estival und Generalvikar der Prämonstratenser. Im Jahre 1712 waren schon 7 Filialanstalten vorhanden (nämlich Nancy, Luneville, St. Niclas de Port, Mirecourt, St. Dié, Commercy, St. Milliel. Im Jahre 1793 wurde der Orden im Sturm der Revolution äusserlich aufgelöst doch hielten die Schwestern unter den schwierigsten Verhältnissen im Stillen zusammen, immer von der mordlustigen Menge mit dem Tode bedroht, bis sie im Jahre 1804 am Tage der heil. Maria Magdalena das Ordenskleid wieder anlegen durften. Im Jahre 1810 wurde die erste deutsche Stadt eingenommen, indem das herrliche Hospital von Trier (500 Betten) den Borromäerinnen übergeben wurde. Dort wurden von 1813—1815 noch weitere 4 Spitäler übernommen. In dieser kurzen Zeit verlor der Orden 50 Schwestern an

ansteckenden Krankheiten. Die Oberin Cölestine Berger gründete die Anstalt für Irre in Maréville bei Nancy, wo die Brüder der christlichen Schulen schon von 1789—1790 eine Corrections- und Irrenanstalt unterhalten hatten. In der Revolutionszeit war auch diese Anstalt verwahrlost worden und habsüchtigen Unternehmern anheim gefallen. Im Jahre 1818 vereinigten sich 7 Departements zur erneuten Gründung einer Irrenanstalt, die den Borromäerinnen übergeben wurde. Im Jahre 1837 wurde auch in Prag ein Mutterhaus errichtet, von wo durch Cardinal Melchior von Diepenbrock im Jahre 1848 die Entsendung von 3 Schwestern nach Neisse erfolgte. Durch päpstliches Decret vom 16. Mai 1857 wurde die Neisser Niederlassung auf Antrag des Fürstbischofs von Breslau, Dr. Heinrich Förster, zum selbstständigen Mutterhaus erhoben. 1838 wurde das Hospital für Altersschwache und Waisen in Aachen übernommen. Wohl die fähigste der Oberinnen war Maria Placida Bellanger (1761 bis 1841). Im Kriegsjahr 1866 waren über 80 Schwestern auf dem Kriegsschauplatz und später in den Lazarethen vertreten. 1870/71 erwarben sich 120 Borromäerinnen auf dem Schlachtfelde und in den Lazarethen grosse Verdienste, denen die staatliche Auszeichnung nicht fehlte. Am 21. November 1870 fand die Einweihung des Klosters in Trebnitz als Mutterhaus statt, wo ein Malteserlazareth eingerichtet war. Die Abhängigkeit der später gegründeten Mutterhäuser vom Generalhause in Nancy ist für sämmtliche Mutterhäuser im Jahre 1871 vollständig gelöst worden. Am 1. Januar 1897 besass der Orden in Preussen im Ganzen 146 Niederlassungen mit 1578 Mitgliedern, nämlich das Mutterhaus Trier 52 Niederlassungen mit 829 Mitgliedern, und das Mutterhaus Trebnitz-Teschen 94 Niederlassungen mit 719 Mitgliedern. Man sieht, dass die Borromäerinnen in Deutschland die Vincentinerinnen bald erreicht haben in der Zahl der Mitglieder.

δ) Von anderen Krankenpflegeschwesternschaften dieser Zeit seien noch kurz besprochen: die filles Hospitalières de St. Thomas de Villeneuve. Sie wurden im Jahre 1059 bei Gelegenheit der Kanonisation des heiligen Thomas von Villeneuve, eines grossen Wohlthäters der Armen, vom Pater Auge le Proust aus dem Orden der Eremiten des heiligen Augustin zu Bovignes gestiftet, versorgten zuerst eine Reihe kleiner Spitäler in der Bretagne und erwarben auch in Paris im Jahre 1720 ein Haus.

Die Hospitaliterinnen von Dijon und Langres wurden 1685 vom Priester Joly in Dijon gestiftet; sie leisteten Vorzügliches in den Jahren 1693 und 94, während Dijon durch Theuerung und Krankheiten hart bedrängt wurde.

Die Hospitaliterinnen St. Josefs waren Anfangs als weltliche Schwesternschaft von Frl. de la Ferre in der Stadt la Fleche in Anjou gegründet. Sie wurden später durch den Einfluss der Prinzessin Anna von Melun, einer Klosterfrau der Schwestern der Heimsuchung in Saumur, die zu ihnen geflüchtet war, zu Klosterfrauen von der Regel Augustins unter Clausur gebracht.

Die Hospitaliterinnen von der christlichen Liebe U. L. Fr. in Paris wurden 1624 von Franziska vom Kreuze (de la Croix) gegründet nach dem Vorgange von Johannes Ciudad. Sie wollten ausschliesslich Frauen pflegen. Durch Vermittelung der Königin Anna erhielten sie ein Hospital in Paris, dem sich bald ein zweites zugesellte. Sie wandten sich der Regel des heiligen Augustin zu und trugen sich grau (daher auch soeurs grises), später schwarz.

Sehen wir so am Ende des XVIII. Jahrhunderts in Frankreich eine reiche Blüthe menschenfreundlicher Liebesthätigkeit, so ist das, was wir im katholischen Deutschland zu derselben Zeit finden, sehr spärlich. Mit Ausnahme einzelner Niederlassungen von barmherzigen Brüdern in

gut eingerichteten Krankenhäusern gab es höchstens Krankenhäuser, die mangelhaft und dürftig eingerichtet und mit gemietheten, ungeschickten und ungelehrten Pflegern und Pflegerinnen besetzt waren, und in die Kranke, sowohl reiche als arme nur mit dem grössten Widerstreben gebracht werden konnten. Es herrschte im XVII. und XVIII. Jahrhundert eine Zeit grosser Leere auf dem Gebiete der Krankenfürsorge in Deutschland auch in der katholischen Bevölkerung.

### B. Die Freiheitskriege und die Neuzeit.

Das Interesse, das man im grössten Staate Deutschlands, in Preussen, Ende des vorigen Jahrhunderts und zu Beginn dieses Jahrhunderts an der Armen- und Krankenpflege überhaupt nahm, geht aus einem Bericht des Preuss. Staatsministeriums an König Friedrich Wilhelm IV. hervor. Hiernach bestanden im Jahre 1845 Vereine zur Erziehung verwahrloster Kinder, zum unentgeltlichen Unterricht armer Kinder, zur Speisung, Bekleidung oder anderweitigen Unterstützung der Armen, zur Krankenpflege, Bürgerunterstützung und zur sittlichen und gesellschaftlichen Wiederherstellung der aus den staatlichen Strafhäusern entlassenen Sträflinge, in der damaligen preussischen Monarchie 1680: von diesen 1680 Vereinen entfielen allein auf die Rheinprovinz 663, auf Westfalen 250, auf Sachsen 150, Brandenburg 300, Schlesien 135, Preussen 80, Posen 76 und Pommern 25. Es zeigt sich hier, in wie hervorragender Weise der Westen in jener Zeit den Osten im Wettbewerb der freien Liebesthätigkeit überragte. Die Betheiligung der einzelnen Zeitabschnitte an der Entwickelung dieser Bestrebungen geht aus folgender, demselben Bericht entnommenen Zusammenstellung hervor: Von 917 Vereinen stand das Gründungsjahr fest, es fiel dasselbe bei 5 Vereinen in das XV., XVI. und XVII. Jahrhundert, bei 52 in das XVIII. Jahrhundert, bei 41 in das erste Jahrzehnt des XIX. Jahrhunderts, bei 44 in das zweite, bei 125 in das dritte, bei 334 in das vierte und bei 316 in die erste Hälfte des fünften Jahrzehntes.

Mit dem XIX. Jahrhundert, in der Zeit der Knechtschaft unter dem französischen Gewalthaber und in den Jahren der Kämpfe um die Freiheit der Nationen, erwachte auch in Deutschland der Gedanke, dass man berufsmässige Arbeiter und Arbeiterinnen für die Dienste der Barmherzigkeit an Armen und Kranken haben müsse, dass man sich zum gemeinsamen Handeln vereinen müsse, um die nöthigen Mittel zur Ausbildung solcher Helfer und Helferinnen zu sammeln, und dass man selbst mithelfen müsse. Während die Männer in den heiligen Kampf zogen, traten die Frauen in Vereinen zusammen und arbeiteten daheim zur Ausrüstung der Krieger, zur Pflege der Verwundeten und zur Versorgung der zurückbleibenden Wittwen und Waisen. Diese Vereine wurden der Anfang dauernder Verbindungen von Frauen und Jungfrauen für die Zwecke der Liebesthätigkeit. Und wie es nun in der katholischen Kirche an neugegründeten Krankenpflegevereinigungen auch in Deutschland nicht fehlte, so begann auch die protestantische Kirche ein

neues Leben auf dem Gebiete der Genossenschafts-Krankenpflege. Zahlreiche Anstalten entstanden, in denen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in langer Schulung zu Diakonen und Diakonissen im evangelischen Sinne ausgebildet wurden. Doch damit war das warme Interesse, das die Bevölkerung an der Krankenpflege genommen hatte, noch keineswegs erschöpft. Es bildeten sich überall Krankenpflegevereine, die ohne Betonung einer bestimmten Konfession den Zweck verfolgten, interkonfessionelles Krankenpflegepersonal auszubilden. Die grossen Kriege des XIX. Jahrhunderts liessen eine ganz neue und eigenartige Einrichtung der Humanität entstehen: das Rothe Kreuz und die Genfer Konvention. Hierdurch wurden überall Vereine ins Leben gerufen, nicht nur in den Ländern Europas, sondern auch in den aussereuropäischen Ländern, und die Krankenpflege überhaupt, im Besondern die Kriegskrankenpflege zu einer ungeahnten Entwickelung gebracht Auch wurden die Ritterorden neu belebt in einer Form und mit einer Ordensthätigkeit, die allein der Kranken- und Siechenpflege zugute kommt.

Im Nachfolgenden sollen zunächst die konfessionellen Krankenpflegevereinigungen, soweit sie in diesem Jahrhundert neu begründet oder, wenn aus früherer Zeit stammend, noch nicht erwähnt sind, und im Anschluss hieran die ritterlichen Krankenpflegeorden der Neuzeit, ferner die interkonfessionellen Krankenpflegevereinigungen und die Vereine vom Rothen Kreuz besprochen werden. Ein statistischer Ueberblick über das jetzt vorhandene Krankenpflegepersonal in Deutschland resp. Preussen wird den Abschnitt beschliessen.

## a. Die konfessionellen Krankenpflegevereinigungen der Neuzeit.

### 1. Die katholischen Orden und Kongregationen.

#### α) Die Kongregation der barmherzigen Schwestern vom Klemenshospital in Münster in Westfalen (Klemensschwestern).

Am 1. November 1808 stiftete der Weihbischof und Domkapitular in Münster, Freiherr Cl. Droste zu Vischering, Bischof zu Calama, eine Genossenschaft barmherziger Schwestern nach dem Vorbilde der Vinzentinerinnen. Die erste Vorsteherin war eine gewesene Protestantin, Marie Alberti, Tochter eines Hamburger Predigers. Sie fühlte den Trieb in sich, sich ganz dem Dienste der Barmherzigkeit zu widmen. Da sie dazu in der evangelischen Kirche keine Gelegenheit hatte, trat sie zur katholischen Kirche über. Am 1. November 1808 bildete sie mit 4 Schwestern in einem kleinen gemietheten Hause eine Krankenpflegevereinigung. Im Jahre 1820 übernahmen die Schwestern unter Leitung ihres Bischofs das Klemenshospital in Münster, das früher als Bürgerhospital von barmherzigen Brüdern versorgt worden war. Nach diesem Hospital werden die Schwestern „Klemensschwestern" genannt. Sie stehen unter einem vom Bischof ernannten Direktor und der Mutter des Haupthauses. Bischof Droste legte ihnen kein Gelübde auf, stellte jedoch in der ihnen gegebenen Regel folgende Anforderungen: gute Gesundheit, guter Ruf, guter Charakter, guter Unterricht in der Religion und Moral, gesunder Menschenverstand und natürliche Anlage zur Krankenpflege, wohin gerechnet wird: nicht zu wenig Mitgefühl, nicht zu viel Empfindsamkeit, grosse Liebe zur Reinlichkeit und Ordnung, ein Alter

nicht unter 18 und in der Regel noch nicht über 30 Jahre. Die Aspirantinnen müssen des Lesens und Schreibens vollkommen kundig sein. Bei ihrem Eintritt haben sie folgendes zu versprechen: „Ich, N. N., erkläre hiermit, obgleich ich auf keine Weise irgend ein Gelübde ablegen will, dass es mein fester Wille ist, während meines Aufenthaltes in der Genossenschaft der barmherzigen Schwestern die drei evangelischen Räthe „der Keuschheit, der wirklichen Armuth und des Gehorsams“ treu zu befolgen.

Insbesondere will ich dem zeitlichen Direktor der Genossenschaft, der Mutter oder ihren Stellvertretern, und in dem, was die ärztliche Pflege der Kranken betrifft, den Aerzten pünktlich und willig gehorchen und den seitens des Direktors gegebenen oder noch zu gebenden Anweisungen, Verhaltungsregeln, Vorschriften, Verboten und den gehörig in der Genossenschaft eingeführten oder noch einzuführenden Gebräuchen pünktlich und willig nachkommen; ich will der Krankenpflege, als meinem eigentlichen Berufsgeschäfte, meine Zeit und Kräfte, Gesundheit und Leben hingeben, und will mich zu dieser Pflege auch anderswo, es sei nah oder ferne oder wohin immer, seitens des Direktors auf lange oder kurze Zeit oder auf immer willig verschicken lassen, auf dessen Ruf aber ebenso willig zurückkehren. Endlich ist mein fester Vorsatz, in dieser Genossenschaft zu leben und zu sterben, und mit Gottes Gnade alles zu meiden, was diesen meinen hier erklärten Willen wankend machen könnte.“

Dieses Versprechen ist jährlich am Tage Allerheiligen, dem Stiftungstage der Genossenschaft, von allen Schwestern zu erneuern, und zwar spricht die Mutter im Namen Aller laut und langsam folgende Worte vor:

„Ich, N. N., bestätige und erneuere hiermit meine schon früher feierlich gegebene Erklärung und will mich, mit Gottes Gnade, ernstlich bestreben, derselben vollkommener als bisher nachzukommen.“

Hierauf fragt der Direktor die Schwestern, ob sie dieser Erklärung der Mutter beistimmen; die dieser Erklärung nicht beitreten, werden sofort entlassen. Eine Erklärung wie die der Klemensschwestern (soweit sie die Krankenpflege betrifft), passt für alle diejenigen Frauen und Jungfrauen, die sich der Krankenpflege widmen wollen. Gerade die bei einer katholischen Kongregation seltene und auffallende Freiheit der Selbstbestimmung hat den Klemensschwestern eine schnelle Entwickelung gegeben. Ausser der Krankenpflege betreiben sie noch nebenbei und ganz vereinzelt die Verwaltung von Waisen-, Armen-, Rettungs- und Pfründnerhäusern. Während im Jahre 1868 im Ganzen 57 Niederlassungen und 286 Schwestern vorhanden waren, konnten am 1. Januar 1897 allein in Preussen 76 Niederlassungen mit 853 Schwestern gezählt werden.

### β) Die Kongregation der armen Dienstmägde Christi in Dernbach.

Ebenso wie die vorige ist diese eine durchaus deutsche Genossenschaft. Bischof Peter Josef von Limburg erliess bei seinem Amtsantritt im Jahre 1843 eine allgemeine Mahnung an die Gemeinden seines Sprengels, das christliche Leben zu wecken und zu fördern. In Folge dessen traten an vielen Orten die jungen Mädchen und die verheiratheten Frauen in Vereinen zusammen, um sich einem gottseligen Leben zu widmen, gemeinsam einzelne religiöse Uebungen auf sich zu nehmen und dem Herrn Jesu Christ in der menschlichen Vollkommenheit nachzuleben. So bildete auch die Tochter unbemittelter Landleute, Katharina Kaspar, einen Verein von Jungfrauen, die an allen Sonn- und Feiertagen die heiligen Sakramente empfingen, des Nachmittags sich zu gemeinsamer geistlicher Unterhaltung und zum Gebet versammelten, bezüglich an diesen Tagen sowohl, wie die Woche hindurch die Kranken in ihren Häusern besuchten und pflegten, auch bei ihnen die Nächte wachten, soweit es den Vereinsmitgliedern möglich war. Am 21. Februar 1850 gab ihnen der Bischof eine Ordnung für ihre Lebensweise und Thätigkeit, ohne jedoch dem Vereine den Charakter einer

Kongregation verleihen zu wollen. Katharine Kaspar hatte währenddem mit Hilfe milder Gaben ein kleines Häuschen gebaut und war im October 1848 in dasselbe eingezogen, 1851 hatten sich ihr zusammen 4 Jungfrauen zugesellt. Am Tage Mariä Himmelfahrt gab ihnen der Bischof ein geistliches Kleid und liess sie zur Ablegung geistlicher Gelübde zu. Seitdem sind sie eine kirchliche Genossenschaft mit dem Namen: „Arme Dienstmägde Jesu Christi". Am 30. Juni 1852 gab ihnen der Bischof eine neue Regel, die namentlich die Thätigkeit in der auswärtigen Krankenpflege näher bestimmte. Jungfrauen strömten nun von allen Seiten hinzu, so dass jedes Jahr ein Anbau an das Mutterhaus in Dernbach nöthig wurde, dazu machte sich die Bildung von Zweigniederlassungen erforderlich. Am 20. August 1862, zwölf Jahre nach der Gründung des Ordens, konnte schon an die Begründung eines Provinzialmutterhauses in Köln mit Genehmigung des dortigen Erzbischofs, Kardinal von Geisel, gegangen werden. Der Orden steht jetzt unter dem Diözesanbischof des Mutterhauses in Dernbach, der auch als päpstlicher Beauftragter die Wahl der Generaloberin zu leiten und dem Generalkapitel zu präsidiren hat. Die Generaloberin und die 6 Assistentinnen werden auf 6 Jahre gewählt. Das Generalkapitel versammelt sich alle 3 Jahre. Ausser der Krankenpflege betreiben die „armen Dienstmägde Christi" die Kleinkinderbewahrung und Siechenverpflegung, die Waisenpflege, Handarbeits- und Haushaltungsunterricht, Rettungshausversorgung und die Leitung des Haushaltes in Konvikten für Knaben und Mädchen.

Im Jahre 1885 waren 105 Niederlassungen mit 644 Schwestern vorhanden, am 1. Januar 1897 dagegen 141 Niederlassungen mit 1219 Schwestern. Die Zahl der Mitglieder hat sich demnach in 11 Jahren verdoppelt.

### γ) Sonstige katholische Schwesterngenossenschaften Deutschlands, resp. Preussens, die sich ganz oder theilweise der Krankenpflege widmen.

1. Die barmherzigen Schwestern von der göttlichen Vorsehung, deren Mutterhaus, früher in Finthen, sich jetzt in Mainz befindet. Sie betreiben neben der Krankenpflege die Kleinkinderbewahrung, die Rettung und den Schutz verwahrloster Kinder und den Handarbeitsunterricht. 5 Niederlassungen mit 22 Mitgliedern.[1])

2. Die barmherzigen Schwestern vom III. Orden des heiligen Franz mit dem Mutterhaus Gengenbach in Baden, sie betreiben neben der Krankenpflege auch Kleinkinderbewahrung. 1 Niederlassung, 2 Mitglieder.

3. Die barmherzigen Schwestern vom Orden der heiligen Elisabeth. Mutterhaus Essen. Neben Krankenpflege auch Handarbeits- und Haushaltungsunterricht, Kleinkinderbewahrung, Erziehung und Pflege von Waisenkindern und katholischen Idioten. 15 Niederlassungen und 147 Mitglieder.

4. Nur vorübergehend sind in Deutschland thätig die Calvarien-Damen, eine von einer jungen Kaufmannswittwe Jeanne Françoise Garnier in Lyon 1843 gegründete Genossenschaft von Wittwen zur Pflege Kranker, namentlich unheilbarer Kranker. Sie bestehen theils in Dames aggrégées, die die Kranken in Hospital- oder Gemeindepflege versorgen und Dames zélatrices, die die nöthigen Mittel sammeln.

5. Cellitinnen zur heiligen Maria in der Kupfergasse. Mutterhaus in Köln, Schwalbengasse 3. Wahrscheinlich aus einer Beginenschwesternschaft entstanden, versorgen neben der Krankenpflege auch die Kleinkinderbewahrung, die Oeconomie im erzbischöflichen Konvikt, den Handarbeits- und Haushaltungsunterricht,

---

[1]) Die Zahlen der Niederlassungen und Mitglieder beziehen sich im Folgenden auf den Bereich des Königreichs Preussen und den Stand vom 1. Januar 1897.

die Waisenerziehung, Dienstmädchen- und Fabrikarbeiterinnenasyl, Pfründenhauspflege. Sie heissen auch: „Wartenonnen nach der Regel des heiligen Augustin zur heiligen Maria." 9 Niederlassungen, 128 Mitglieder.

6. Cellitinnen zur heiligen Elisabeth. Mutterhaus in der Antonsgasse 7 in Köln, vielleicht ebenfalls ehemalige Beginenschwesternschaft. Frauenorden nach der Regel des heiligen Augustin. Krankenpflege, daneben Kinderbewahrung. Handarbeits- und Haushaltungsunterricht. 2 Niederlassungen, 25 Mitglieder.

7. Cellitinnen zur heiligen Gertrud. Mutterhaus in Düren (Alexianerinnen). Frauenorden nach der Regel des heiligen Augustin zur heiligen Gertrud. Krankenpflege, Kleinkinderbewahrung und Waisenerziehung. 5 Niederlassungen, 60 Mitglieder.

8. Christenser Frauen von der Regel des heiligen Augustin. Mutterhaus in Aachen, nur Krankenpflege. 3 Niederlassungen und 35 Mitglieder.

9. Dominikanerinnen. Mutterhaus Arenberg. Krankenpflege, Kinderbewahrung, Arbeiterinnenhospiz, Handarbeits- und Haushaltungsunterricht, Pflege verwahrloster und verwaister Kinder, Pfründnerhaus. 1 Niederlassung und 470 Mitglieder.

10. Dienerinnen vom Herzen Jesu. Mutterhaus Wien. Krankenpflege, Kleinkinderbewahrung, Waisen- und Verpflegungsanstalt, Handarbeitsunterricht. 3 Niederlassungen, 24 Mitglieder.

11. Elisabetherinnen von der Regel des heiligen Franziskus. Mutterhaus in Aachen. Krankenpflege. Mägdehaus. Alters- und Pfründenanstalt. 4 Niederlassungen, 143 Mitglieder.

12. Elisabetherinnen. Mutterhaus Breslau. Nur Krankenpflege. 3 Niederlassungen, 70 Mitglieder.

13. Franziskaner-Tertiarierinnen. Mutterhaus im Marienhause bei Waldbreitbach: Krankenpflege, Suppenanstalt, Handarbeitsunterricht, Kleinkinderbewahr- und Waisenversorgungsanstalten. 52 Niederlassungen und 595 Mitglieder.

14. Franciskanerinnen: Arme Schwestern vom heiligen Franciskus. Mutterhaus in Aachen: Krankenpflege, Erziehungsanstalt für arme Mädchen katholischer Konfession, Anstalt für verwaiste und verwahrloste Kinder, Mägdeherberge, Kleinkinderbewahrung, Fabrikarbeiterinnenhospiz, Handarbeits- und Haushaltungsunterricht. 32 Niederlassungen und 729 Mitglieder.

15. Franciskanerinnen des III. Ordens. Schwestern der Busse und der christlichen Liebe, Franziskanessen, Mutterhaus früher in Heythuisen in Holland, jetzt zu Hamb. Capellen: Krankenpflege, Kleinkinderbewahrung, Handarbeits- und Haushaltungsunterricht, Waisenanstalt, Leitung des bischöflichen Konvikts. 13 Niederlassungen, 507 Mitglieder.

16. Franziskanerinnen von der heiligen Familie. Mutterhaus früher in Eupen, jetzt in Löwen-Belgien: Krankenpflege, Kleinkinderbewahrung und Handarbeitsunterricht. 5 Niederlassungen, 53 Mitglieder.

17. Franziskanerinnen, barmherzige Schwestern oder Krankenschwestern nach der III. Regel des heiligen Franz. Mutterhaus St. Mauritz bei Münster: Krankenpflege, Pfründen-, Waisen-, Siechen- und Kleinkinderbewahranstalt, Rettungshaus, Armenhaus. 88 Niederlassungen, 777 Mitglieder.

18. Franziskanerinnen von der ewigen Anbetung. Mutterhaus früher Olpe, jetzt Mühlheim a. d. Möhne: Krankenpflege, Kommunikanten- und Waisenanstalt, Verpflegungs- und Erziehungsanstalt, Pfründenhaus, Anstalt für verlassene und verwahrloste Kinder, Handarbeits- und Haushaltungsunterricht. 44 Niederlassungen, 380 Mitglieder.

19. Franciskanessen, auch Franziskanerinnen vom heiligen Her-

zen Jesu und Maria genannt. Mutterhaus Salzkotten. 27 Niederlassungen mit 290 Mitgliedern. Krankenpflege, Kinderbewahrung, Waisenpflege und Handarbeitsunterricht.

20. Frauen vom guten Hirten. Schwestern der Genossenschaft des Ordens unserer lieben Frau vom guten Hirten. Mutterhaus Münster-München. Krankenpflege. Rettung von gefallenen Weibern. 6 Niederlassungen, 257 Mitglieder.

21. Frauen vom guten Hirten. Mutterhaus Melaten. Krankenpflege, Rettung gefallener Frauenspersonen. 5 Niederlassungen und 182 Mitglieder.

22. Hedwigsschwestern. Schwestern der Kongregation der heiligen Elisabeth. Mutterhaus in Breslau. Krankenpflege, Waisen- und Rettungsanstalt, Kleinkinderbewahrung, Armen- und Rettungshaus, Erziehungshaus. 5 Niederlassungen, 68 Mitglieder.

23. Katharinerinnen. Mutterhaus in Braunsberg. Krankenpflege, Kleinkinderbewahrung, Waisenanstalt, Verpflegungs- und Armenhäuser. 17 Niederlassungen und 235 Mitglieder.

24. Klosterfrauen vom Orden der heiligen Maria und Magdalena von der Busse. 1 Niederlassung und 31 Mitglieder.

25. Mägde Marias von der unbefleckten Empfängniss. Mutterhaus früher Zarkewo, jetzt Porembe. Krankenpflege, Kleinkinderbewahranstalt, Idiotenanstalt, Pfründnerhaus. 10 Niederlassungen, 82 Mitglieder.

26. Marienschwestern. Mutterhaus Breslau. 6 Niederlassungen, 81 Mitglieder.

27. Schulschwestern von der Barmherzigkeit. Schwestern der christlichen Schulen von der Barmherzigkeit. Mutterhaus in Heiligenstadt. 13 Niederlassungen, 114 Mitglieder. Krankenpflege, Kleinkinderbewahrung, Handarbeits- und Haushaltungsschule, bischöfliches Knabenseminar, Waisenanstalt, Pfründnerinnenanstalt.

28. Schwestern der christlichen Liebe. Töchter der allerseligsten Jungfrau Maria von der unbefleckten Empfängniss. Mutterhaus Paderborn. 14 Niederlassungen, 167 Mitglieder. Krankenpflege. Handarbeitsschule, Blindenunterweisung, Waisenanstalt, Priesterseminar, Kleinkinderbewahrung, theologisches Konvikt, Knabenseminar und Knabenkonvikt.

29. Schwestern vom heiligen Geist oder Augustinerinnen. Mutterhaus früher in Coblenz, jetzt in Moselweiss. Krankenpflege, Kleinkinderbewahrung, Handarbeitsschule, Waisen- und Versorgungsanstalt. 13 Niederlassungen, 139 Mitglieder.

30. Schwestern vom heiligen Kreuz. Mutterhaus Strassburg. Krankenpflege, Waisenanstalt. 1 Niederlassung, 5 Mitglieder.

31. Schwestern vom III. Orden des heiligen Franziskus im St. Georgsstift. Mutterhaus in Thuine. 13 Niederlassungen, 158 Mitglieder. Krankenpflege, Rettungsanstalt, Waisenanstalt. Wirthschaftliche Leitung des Priesterseminars, Knabenkonvikts, Erziehungsanstalt.

32. Schwestern von der göttlichen Vorsehung. Mutterhaus früher in Steyl in Holland, jetzt in Münster, Friedrichsburg. 30 Niederlassungen, 332 Mitglieder. Krankenpflege, Waisenpflege, Leitung des Haushaltes des Priesterhauses, Pfründnerhauses, Armenhauses, Mädchenhort, Verpflegungsanstalt, Rettungsanstalt, Handarbeitsschule, Kleinkinderbewahranstalt.

33. Barmherzige Schwestern von der Regel des heiligen Augustinus. Cellitinnen. Mutterhaus in Köln, Severinstr. 73. Krankenpflege, Kleinkinderbewahrung. Führung des Haushaltes im erzbischöflichen Priesterseminar, Handarbeits-

und Haushaltungsunterricht, landwirthschaftliche Erziehungsanstalt für katholische Mädchen. 13 Niederlassungen, 287 Mitglieder.

34. Barmherzige Schwestern von der Regel des heiligen Augustin. Cellitinnen. Mutterhaus Neuss. Krankenpflege. Strick-, Näh-, Handarbeits- und Haushaltungsunterricht. Kleinkinderbewahrung. Armen- und Waisenhaus. Arbeiterinnenhospiz, Pensionat für katholische Damen. 24 Niederlassungen, 175 Mitglieder.

35. Schwestern vom heiligen Kreuz. Mutterhaus Ingenbohl (Schweinitz). Kleinkinderbewahrung. Krankenpflege. 2 Niederlassungen, 7 Mitglieder.

36. Schwestern (Töchter) vom heiligen Kreuz. Mutterhaus Lüttich (Belgien). Krankenpflege, Kleinkinderbewahrung, Waisenhaus, Handarbeitsunterricht, Armenhaus. Schutzanstalt für verwahrloste Kinder. 10 Niederlassungen, 199 Mitglieder.

### δ) Kurze Zusammenstellung der jetzt in Deutschland, beziehungsweise Preussen in der Krankenpflege wirkenden katholischen Männerorden.

1. Alexianer Brüder, oder Celliten nach der Regel des heiligen Augustin. Mutterhaus Aachen. 10 Niederlassungen, 231 Mitglieder. Krankenpflege.

2. Barmherzige Brüder. Mutterhaus Montabaur. Krankenpflege, Arbeiterherberge (1 Niederlassnng) 11 Niederlassungen und 181 Mitglieder.

3. Barmherzige Brüder vom Orden des heiligen Johann de dec nach der Regel des heiligen Augustin. Mutterhaus Trier. Krankenpflege. Arbeiterherberge (1 Niederlassung) 9 Niederlassungen und 156 Mitglieder.

4. Barmherzige Brüder der schlesischen Ordensprovinz des heiligen Johann de deo. Krankenpflege. Mutterhaus Breslau. 7 Niederlassungen, 138 Mitglieder.

5. Franziskaner Tertiarier Brüder. Mutterhaus im St. Josefshaus in Hausen bei Waldbreitbach. Krankenpflege. Küsterdienst in der Pfarrkirche. Arbeiterkolonie. 7 Niederlassungen, 159 Mitglieder.

### ε) Die katholischen Rittergenossenschaften neuerer Ordnung für Krankenpflege.

1. Die Malteserritter in Schlesien[1]). Seitdem Kaiser Ferdinand I. von Oesterreich im Jahre 1841 das lombardisch-venezianische Grosspriorat des Malteserordens (Ritterorden vom heiligen Johannis) gestiftet hatte, besassen aus den preussischen Staaten nur eine beschränkte Anzahl Adeliger die Mitgliedschaft. Die schlesischen Ritter suchten in den Kriegen von 1864 und 1866 der Krankenpflege zu dienen und machten sich durch anerkennenswerthe Leistungen verdient. Sie hatten als Muster die Thätigkeit des neu errichteten evangelischen Zweiges ihres alten Stammordens, des Johanniterordens, vor Augen und mussten gerade im Hinblick auf diesen erfahren, dass sie ohne festen Zusammenschluss nur Geringes leisten würden. Im Jahre 1867 schlossen sich daher die in Schlesien vorhandenen Devotionsritter vom Orden des heiligen Johannis vom Spitale zu Jerusalem zu einem Vereine zusammen auf Grund von Statuten, deren wichtigste Bestimmungen folgende sind:

„§ 1. Von den in der Anlage verzeichneten Devotionsrittern vom Orden des heiligen Johannes vom Spitale in Jerusalem ist unter dem Namen „Verein der

---

[1]) Nach Guttstadt, Krankenhauslexikon. II. S. 77 ff.

Schlesischen Malteserritter“ ein weltlicher Verein gegründet worden, dessen Zweck die Krankenpflege im Frieden und vorzugsweise im Kriege ist.

Der Zutritt zu diesem Verein ist jedem in den preussischen Staaten wohnenden Devotionsritter offen, welchem von Seiner Majestät dem Könige die Erlaubniss zur Anlegung des ihm verliehenen Maltheserkreuzes ertheilt worden ist. Der Zutritt erfolgt durch die Anzeige an den Vorstand und unterschriftliche Anerkennung dieses Statuts.

§ 2. Jedes Mitglied verpflichtet sich auf die Dauer von 3 Jahren zur Zahlung eines jährlichen Beitrages an den Schatzmeister des Vereins. Die Höhe dieses Betrages hängt lediglich von dem Ermessen jedes Mitgliedes ab.

§ 3. Der Austritt aus dem Verein steht jedem Mitgliede jederzeit ohne Angabe von Gründen offen. Durch den Austritt geht jeder Anspruch auf den Reservefond verloren.

§ 4. Der Verein hat seinen Sitz in Breslau und sein Forum vor dem Königlichen Stadtgericht daselbst. Die Mitglieder des Vereins wählen in der Generalversammlung auf die Dauer von 6 Jahren durch Stimmenmehrheit einen aus 9 Personen bestehenden Vorstand, welcher den Verein nach aussen hin gerichtlich und aussergerichtlich zu vertreten hat.

§ 7. Der Vorstand ist berechtigt, die Hälfte aller aufkommenden Jahresbeiträge zu dem Zwecke der Krankenpflege zu verwenden.

§ 8. Aus der anderen Hälfte der Jahresbeiträge wird ein Reservefonds gebildet, dem auch dessen Zinsen, sowie der jetzt schon vorhandene Kassenbestand zufliessen.

§ 9. Im Falle eines Krieges wird der Verein alle seine Kräfte aufbieten, um seinem Hauptzwecke, „der Pflege kranker und verwundeter Krieger im Felde“, zu entsprechen.

Für diesen Fall ist der Vorstand ermächtigt, sofort alle erforderlichen Maassregeln zu ergreifen und auch den Reservefonds zu verwenden. Er ist aber auch verpflichtet, ohne Verzug und spätestens binnen vier Wochen eine Generalversammlung zu berufen, die das Weitere beschliesst.“

Die Stifter des Vereins waren:

Seine Durchlaucht der Herzog von Ratibor; Seine Durchlaucht der Fürst von Hatzfeld; Seine Excellenz der Graf Emmanuel von Schaffgotsch; Seine Excellenz der Graf Rudolph von Stillfried; Graf von Hoverden; Graf Hans von Oppersdorf; Graf Fr. Praschma; Graf Fr. von Frankenberg, Graf Gebhard von Blücher von Wahlstadt; Graf von Naphaus-Cormons; Graf Hans Ulrich von Schaffgotsch; Graf Leopold von Schaffgotsch; Freiherr Heinrich von Stillfried; Freiherr von Grimmenstein; Herr von Rosenberg; Herr von Witowsky.

Durch Königliche Kabinetsordre vom 22. Februar 1867 erhielt der Verein Korporationsrechte, nachdem er bereits vom Ordensmeister in Rom als legitimes Organ des Ordens anerkannt und mit den Privilegien der alten Priorate ausgestattet war.

Im Kriege 1870/71 leisteten die schlesischen Malteser Vorzügliches unter ihrem Vorsitzenden, Herzog von Ratibor. Sie waren hauptsächlich bemüht, den katholischen Orden der Barmherzigkeit, besonders den barmherzigen Schwestern ritterlichen Schutz zu gewähren, die Vermittelung zwischen ihnen und den Militär- und Sanitätsbehörden zu übernehmen und durch Zuführung von Priestern den Gottesdienst, Empfang der heiligen Sakramente und geistlichen Zuspruch zu verschaffen. Auf diese Weise gereichten sie nicht nur den kranken und sterbenden katholischen Soldaten zum Trost und zur Wohlthat, sondern gaben auch den katholischen Ordensmitgliedern die zur Erfüllung ihres Berufes erforderliche Befriedigung des religiösen Bedürfnisses. Hierdurch erlangen jene allein Muth und Ausdauer in der aufopfernden Thätigkeit, die

die für die Kriegsbereitschaft ganz unentbehrliche Kraft der freiwilligen Krankenpflege bildet. (Guttstadt.)

Auch im Frieden entfaltete der Verein eine segensreiche Thätigkeit. 1871 kaufte er vom Fiskus einen Theil des vordem von der Fürstin Hedwig von Schlesien gegründeten Klosters Trebnitz und liess aus den Ruinen ein Krankenhaus erstehen, in dem die barmherzigen Schwestern vom heil. Borromäus pflegen und, wie wir gesehen haben, ihr Mutterhaus für die schlesische Ordensprovinz haben. Im gleichen Jahre übernahm der Verein auch das grosse Krankenhaus in Rybnik O./S., in dem Schwestern vom heiligen Franziskus aus dem Mutterhause St. Mauritz bei Münster die Krankenpflege ausüben. Bei den Typhusepidemien in Schlesien hat sich der Orden durch seine hülfreiche Thätigkeit ganz besonders bewährt. Im Jahre 1880 erbte der Verein ein Vermächtniss vom Freiherrn von Jakoby und errichtete auf dem Jakobyschen Rittergute in Niederkunzendorf ein drittes Malteserkrankenhaus, eingerichtet für 80 Betten, sowie für 30—40 katholische Idiotenkinder. Auch hier sind Borromäerinnen (Mutterhaus Trier).

Ausserdem hat der Verein an verschiedenen Krankenhäusern (Potsdam, Berlin, Breslau) Freibetten gestiftet. Schliesslich zahlt der Verein noch jährlich Beiträge für die humanitären Zwecke des Ordens in Rom und für die Unterhaltung des Ordenshospizes in Tantur bei Jerusalem.

Der Verein der schlesischen Malteserritter zählte zu Ende des Jahres 1897 im Ganzen 120 Mitglieder, die, soweit sie nicht zu den Fahnen gerufen werden, sämmtlich als Delegirte etc. der freiwilligen Kriegskrankenpflege zur Verfügung stehen. Unter ihrer speciellen Leitung und Führung werden alle disponiblen Pflegekräfte der katholischen Orden in den Diözesen Breslau, Posen, Culm und Ermland stehen, die insgesammt vertragsmässig nur der Verwendung seitens des Malteser-Vorstandes übergeben sind. Ihre Zahl beträgt jetzt 20 barmherzige Brüder und etwa 700 barmherzige Schwestern. Für Kranke und verwundete Krieger sind im Kriegsfalle 2—300 Betten in den einzelnen dem Malteser-Verein gehörenden Krankenhäusern zur Disposition gestellt.

2. Die Genossenschaft der Rheinisch-Westfälischen Malteser[1]). Mit Rücksicht auf die Erfahrungen von 1864 und 1866 schlossen sich die Malteserritter Rheinlands und Westfalens im Jahre 1867 zu einer Organisation (Genossenschaft) für die Pflege verwundeter und erkrankter Krieger im Felde zusammen. Die Generalversammlung der Genossenschaft wählte eine Centralleitung, die folgende Aufgaben erledigen sollte:

1. Entsendung und Unterhaltung von katholischen pflegenden Ordenskräften in die Lazarethe, sowohl in die auf dem Kriegschauplatze befindlichen, als auch in die rückwärts gelegenen;
2. Entsendung und Unterhaltung von Seelsorgern zu den kämpfenden Truppen katholischer Konfession und in die Lazarethe;
3. Entsendung von Mitgliedern der Genossenschaft (Malteserritter) und katholischen Edelleuten aus Rheinland und Westfalen, die sich der Genossenschaft zur Disposition stellen würden (Malteserkommissare), zur Begleitung, Vertretung und Verpflegung der Ordenskräfte, sowie
4. Entsendung von Verbandgegenständen, Naturalien und Liebesgaben aller Art in die Lazarethe, sowohl für die pflegenden Ordenskräfte, wie für die Verwundeten und Kranken.

Die Centralleitung traf demgemäss mit dem Erzbischof von Köln und den Bischöfen in Trier, Paderborn, Münster, Osnabrück, Hildesheim und Fulda ein Ab-

[1]) Nach Guttstadt, Krankenhauslexikon. II. S. 79.

kommen, nach dem von jenen für den Fall des Krieges sämmtliche pflegenden Ordenskräfte, soweit sie verfügbar sein würden, der Rheinisch-Westfälischen Maltesergenossenschaft ausschliesslich zur Disposition gestellt werden sollten; auf diese Weise konnte die Requisition der Ordenskräfte nur durch die Genossenschaft erfolgen. Zugleich sicherten die Bischöfe für die Seelsorge in den Lazarethen und bei den Truppen vor dem Feinde eine ausreichende Zahl von Priestern zu.

Damit der Eigenart der Ordenskräfte Rechnung getragen würde, d. h. ihnen eine angemessene und richtige Verwendung zugewiesen, und dem geistlichen Charakter sowohl, wie den nöthigen äusseren Einrichtungen und Erfordernissen der katholischen Ordensmitglieder von Militär- und Civilbehörden die nöthige Berücksichtigung werden konnte, wurde folgendes als maassgebend vereinbart:

a) dass die pflegenden Ordenskräfte nicht vermengt mit weltlichen Pflegekräften placirt werden dürften;
b) dass verschiedene Ordenskongregationen, wenn eben möglich, nicht in demselben Lokale zu kumuliren seien;
c) dass für ihre Seelsorge und ihren Gottesdienst, sowie
d) für ihr angemessenes Unterkommen und für Beschaffung stärkender Lebensmittel die grösste Sorge zu tragen sei.

Für die Vermehrung der Zahl der katholischen Edelleute, die bei der Besorgung aller dieser Aufgaben, bei der Herbeiholung, Begleitung, Vertheilung und Dislocirung der verfügbaren Ordenskräfte, bei ihrer Beschützung und Führung Verwendung finden konnten, war es wesentlich, dass der Verein katholischer Edelleute in Münster sich der Rheinisch-westfälischen Maltesergenossenschaft zur Verwendung in diesem Sinne für die freiwillige Krankenpflege im Felde zur Verfügung stellte. — Um jeder Zeit die zum Anfang jeder Kriegsthätigkeit nöthigen Mittel zur Hand zu haben, wurde im Jahre 1869 durch freiwillige Zeichnungen innerhalb der Genossenschaft ein Dispositionsfonds für die freiwillige Krankenpflege im Felde aufgebracht.

Zugleich trat laut Abkommen mit dem Zentralverein zur Pflege der im Kriege verwundeten und erkrankten Krieger in Berlin ein Mitglied der Rheinisch-westfälischen Maltesergenossenschaft als Mitglied in das Komité jenes Vereins ein.

Als nun am 16. Juni 1870 Frankreich an Preussen die Kriegserklärung übermittelte, wurden alle verabredeten Schritte zur Herbeischaffung der nöthigen Malteser und katholischen Edelleute, zur Erlangung der nothwendigen Pflegekräfte und Mittel, sowie zur Anbahnung eines geeigneten Verhältnisses mit der Centrale, der freiwilligen Kriegskrankenpflege überhaupt sofort gethan. Die Centralleitung der Rheinisch-westfälischen Maltesergenossenschaft stellte sich unter den Königlichen Commissar und Militärinspector der freiwilligen Krankenpflege, Fürsten von Pless, bei dem sie gleichzeitig mit den schlesischen Maltesern durch den Herzog von Ratibor vertreten wurde. Alle Requisitionen katholischer Pflegekräfte gingen, soweit diese von der Centralleitung abhingen, nur durch diese, die das Recht erhielt, die Pflegekräfte nach ihrem Ermessen durch Malteser und katholische Edelleute begleiten zu lassen. Die Centralleitung der Genossenschaft übernahm aber auch die Unterstützung der Pflegekräfte mit Ausnahme der freien Reise und des Unterhaltes in den Lazarethen. Die barmherzigen Schwestern wurden von den dazu bestimmten Commissaren aus ihren Ordenshäusern abgeholt und für die Dauer ihrer freien Verwendung begleitet. Zugleich wurde eine entsprechende Anzahl Seelsorger für die Schwestern und die von ihnen zu besetzenden Lazarethe, sowie auch für die Armee mobil gemacht.

Auf diese Weise brachte die Centralleitung der Genossenschaft im Kriege 1870/71 zur Verwendung:

A. an Personal:

| | |
|---|---|
| 1. Malteserritter und Commissare | 67 |
| 2. Ordenskräfte — Schwestern | 1567 |
| Brüder | 342 |
| 3. Seelsorger | 81 |
| 4. Aerzte | 4 |
| 5. Transportcommissare und Depotverwalter | 30 |
| 6. Lazarethverwalter in Köln | 2 |
| B. an baarem Gelde | 278 501 Mark |
| C. Naturalien im Werthe von | 273 204 „ |
| Summa | 551 705 Mark. |

3. Der Johanniterorden alter Form in Spanien und England wurde auch zur Kriegskrankenpflege und Krankenpflege überhaupt in der Neuzeit herangezogen. So wurde durch Königlichen Erlass vom 6. Juli 1864 dem Johanniterorden in Spanien die Bildung eines Hülfsvereins für im Kriege Verwundete übertragen, dessen Präsident der Gross-Prior des Ordens ist. Auch in England wurde der dortige alte Zweig im Jahre 1826 von Neuem belebt, er unterstützte seit 1831 arme Kranke und Krankenhäuser. Die staatliche Anerkennung erfolgte 1834. Vom Jahre 1868 an nahm er einen grösseren Aufschwung, seitdem er seine Unterstützungen den aus Hospitälern entlassenen Genesenen und den Familien der in Krankenhäusern Befindlichen zuwandte, Belohnungen für Lebensrettungen ertheilte, Hülfsstationen für Unglücksfälle errichtete und sich um die Bildung anderer Vereine (zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger und zur Beschaffung geschulter Krankenpflegerinnen) verdient machte. In neuerer Zeit beschäftigt sich der Orden besonders mit der Aufgabe, bei plötzlichen Unglücksfällen den Kranken und Verwundeten die erste Hülfe angedeihen zu lassen, und hat dazu an geeigneten Orten, z. B. dem grossen Arsenal in Wolwich Hülfsstationen mit zweckmässigem Transport- und Verbandmaterial errichtet, sowie in zahlreich von Männern und Frauen besuchten Lehrkursen Unterricht im ersten Verbande und der Pflege Verwundeter ertheilen lassen.

4. Der nur noch in Oesterreich vorhandene Deutschritterorden wurde durch Sparsamkeit wieder in den Besitz einiger Mittel gebracht, so dass er 1840 die Einrichtung der deutschen Ordensschwestern wiederherstellte. Zwei Frauenconvente, einer in Oesterreichisch-Schlesien, der andere in Tirol wurden errichtet und mit kleinen Hospitälern (Troppau, Freudenthal, Friesach) verbunden.

Im Jahre 1865 wurde aus den Mitteln des Ordens ein Spitalfonds gegründet, der zur Unterstützung von Ordenskrankenhäusern verwandt wird. Im Jahre 1871 stellte sich der Orden der kaiserlichen Armee zur Verfügung, zur Verwendung in der Kriegs- und Friedenskrankenpflege. Er errichtete das Institut der Marianer, das ist eine Vereinigung von Personen männlichen und weiblichen Geschlechts, die ursprünglich dem katholischen Adel Oesterreichs angehören sollten, jetzt aber auch dem des Auslandes, schliesslich aber auch anderen christlichen Confessionen angehören können. Die Zahl der Marianer belief sich Ende 1895 auf 1137. Mit Hülfe des Spitalfonds und der Beiträge der Marianer war der Orden in der Lage, 44 vollständig ausgerüstete Feldsanitätskolonnen mit 48 Materialien-Furgons, 188 Blessirtentransportwagen, 1096 Feldtragen, nebst 2 ambulanten Feldspitälern, für je 200 Patienten und zwei dazu gehörigen Transportkolonnen, aus 78 Fahrzeugen bestehend, anzuschaffen.

5. Der Bayerische Hausritterorden vom heil. Georg. Der Bayerische St. Georgsritterorden wurde 1729 als militärischer Hausritterorden vom Kurfürsten

Karl Albrecht neu gegründet, nachdem der alte, aus der Zeit der Kreuzzüge stammende St. Georgsorden aufgehoben und seine Besitzungen eingezogen worden waren. Im Jahre 1871 erfuhr der St. Georgsritterorden durch Ludwig II. eine vollständige Erneuerung, indem in seine Statuten als weiterer Ordenszweck: „die Ausübung der Werke der Barmherzigkeit durch Gründung von Spitälern und ähnlichen Anstalten“ aufgenommen wurde. Seitdem bildet er ein Glied der freiwilligen deutschen Krankenpflege und zusammen mit dem bayerischen Landeshülfsverein und dem Frauenverein das bayerische Landeskomité für freiwillige Krankenpflege. Ende 1897 besass er 2 Krankenhäuser (Nymphenburg bei München und Stadt Brückenau in der Rhoen), die Einrichtung eines dritten Krankenhauses steht nahe bevor. Aus eigenen Mitteln bestreitet der Orden für die Spitäler etwa 20000 Mark jährlich. Die Pflegekräfte, die dem Orden im Kriegsfall zur Verfügung stehen, setzen sich aus Angehörigen katholischer Frauenorden zusammen und betragen etwa 200. Von den 110 vorhandenen Mitgliedern stehen 39 (18 für den Kriegsschauplatz und 21 für das Inland) als Delegirte zur Verfügung.

## 2. Die evangelischen Krankenpflegevereinigungen[1]).

### α) Die Diakonen und Diakonissen.

Die ebensowohl durch die Noth und Trübsal, als auch durch die Begeisterung der Freiheitskriege angeregte Vereinsthätigkeit zum Zwecke der Ausübung der Werke der Barmherzigkeit hielt auch in den folgenden Jahrzehnten an. Man hatte in den Kriegsjahren viel gelernt. Die barmherzigen Schwestern und Brüder waren den evangelischen Kreisen ein Vorbild der selbstlosesten, aufopferndsten Liebesthätigkeit gewesen. Allgemein erkannte man, dass, wenn es zu einer reicheren Entfaltung der werkthätigen Barmherzigkeit in der protestantischen Kirche kommen sollte, eine grosse Schaar von Arbeitern und Arbeiterinnen nöthig sei, die sich ganz dem Dienste wahrer Nächstenliebe widmeten, nachdem sie dafür unterrichtet und erzogen worden waren.

Man dachte zuerst in den reformirten Gemeinden am Rhein an die Wiederherstellung des altchristlichen Diakonisseninstitutes, das sich an das dortige Presbyterium, das bestehende kirchliche Organ für die Armenpflege anlehnen konnte. Pfarrer Klönne in Bieslich bei Weser liess, angeregt durch die segensreiche Thätigkeit der Frauen- und Jungfrauenvereine in den Befreiungskriegen, bald nach Beendigung derselben noch als Kandidat und Lieutenant a. D. der freiwilligen Jäger, bei denen er die Freiheitskriege mitgemacht hatte, in Schuderoff's Jahrbüchern einen Aufsatz erscheinen unter dem Titel: „Ueber das Wiederaufleben der Diakonissen der altchristlichen Kirche in unseren Frauenvereinen“. Er suchte auch den Kultusminister von Altenstein und den Prinzen Wilhelm von Preussen

---

[1]) Die nachstehenden statistischen Angaben sind zumeist direkten Nachrichten und Mittheilungen, die von Seiten hervorragender Mitglieder, z. Th. im Auftrage des Vorstandes der Vereinigung mir auf meine Bitte bereitwilligst zugesandt wurden, entnommen, ebenso wie die neuesten Nachrichten über die kath. Ritterorden. Für diese entgegenkommende Unterstützung spreche ich auch hier meinen aufrichtigsten Dank aus. (Der Verf.)

1820 für die Diakonissensache zu erwärmen. Gleichzeitig mit Klönne wirkte der Graf Adalbert von der Recke-Volmerstein, der Gründer der grossen Rettungsanstalt in Düsselthal bei Düsseldorf, für die Wiederbelebung der Diakonisseneinrichtung. Er begann im Jahre 1835 eine Zeitschrift herauszugeben unter dem Titel: „Die Diakonissin oder Leben und Wirken der Dienerinnen der Kirche für Lehre, Erziehung und Krankenpflege.“ Freilich blieb es nur bei dem ersten und einzigen Heft der Zeitschrift, auch war des Grafen Absicht, im Herbst 1835 ein Diakonissenstift in Düsselthal bei Düsseldorf zu errichten, an verschiedenen ungünstigen Verhältnissen gescheitert. Graf von der Recke hatte aber den Kronprinzen Friedrich Wilhelm, nachmaligen König Friedrich Wilhelm IV., für die Idee interessirt und mancher einflussreichen Persönlichkeit in protestantischen Kreisen die Diakonissensache ans Herz gelegt. Auch der Minister Freiherr vom und zum Stein erwog ernstlich den Plan einer Jungfrau aus den ersten Patriziergeschlechtern der freien Stadt Hamburg, Amalie Sieveking, ein Institut protestantischer barmherziger Schwestern zu gründen. Doch hatte auch Amalie Sieveking zunächst noch keinen Erfolg.

Inzwischen war in aller Stille das, was Freiherr vom Stein und Amalie Sieveking einerseits und Klönne mit Graf Recke-Volmerstein anderseits erstrebten, durch zwei Ereignisse verwirklicht worden, die die Wiederbelebung der christlichen Liebesthätigkeit in der evangelischen Kirche bedeuten: einmal die Gründung des „Rauhen Hauses“ in Horn bei Hamburg im Jahre 1833 durch Johannes Wichern und die hiermit verbundene Stiftung der evangelischen Brüderschaften der Diakonen, dann die Gründung des ersten Diakonissenhauses in Kaiserswerth im Jahre 1836 durch den Pfarrer Theodor Fliedner.

1. Diakonen:

Johannes Heinrich Wichern, geb. am 21. April 1808 in Hamburg, studirte in Göttingen und Berlin Theologie und übernahm als Kandidat der Theologie die Leitung einer Sonntagsfreischule für arme Kinder in Hamburg. Die Beschäftigung mit den armen, erziehungsbedürftigen Kleinen reifte in ihm den Gedanken, diese Verwahrlosten überhaupt zu erziehen, nach dem Grundsatz: „Bete und arbeite“, und sie zu Helfern und Erziehern anderer ihresgleichen heranzubilden. Ein Kreis von menschenfreundlichen, feingebildeten Männern und Frauen, die ihren Mittelpunkt im Hause des Syndikus Sieveking, eines Enkels von Lessing (durch seine Frau, geb. Reimarus), fanden, unterstützte diesen Gedanken Wicherns aufs Wärmste. In einer Versammlung im Auktionssaale der Hamburger Börse legte Wichern am 12. September 1833 seinen Plan vor, nicht eine kasernenartige Rettungsanstalt, wie sie schon seit Beginn des XVIII. Jahrhunderts vielfach gegründet waren, sondern eine Anzahl kleiner, nach Art der Familienwohnungen gebauter Häuser, ein ganzes Rettungsdorf gründen zu wollen, in dem der verwahrloste Knabe an einen Helfer, Erzieher, Handwerker, im Besonderen Vorsteher eines kleinen Familienhauses gewiesen werden müsse. Habe man die Kinder ihrer Familie entrissen, so müsse man sie wieder an eine Familie anschliessen. Man müsse daher die Kinder in einzelnen Familien mit einem Hausvater an der Spitze sondern und zusammenfassen. Als Erziehungsmittel solle nur die rettende Liebe gelten. Schon am 1. Nov. 1833 konnte Wichern in dem ihm zur Verfügung gestellten kleinen Hause, nahe bei Hamburg, nach dem früheren Besitzer Ruges Haus (Rauhes Haus) genannt und zu dem Pfarrdorf Horn gehörig,

die erste Kinderfamilie einrichten. Schon 1834 wurde ein neues Familienhaus, das erste nach Wicherns Angabe und Plan erbaute, die sogenannte „Schweizerhütte“ bezogen, dann folgten jedes Jahr neue Bauten, und schon zu Beginn der 40er Jahre stand das geplante Rettungsdorf da. Zu den Knaben gesellten sich Mädchen, zu den Kinderfamilien Brüder, denn das Rettungshaus „Rauhes Haus“ war inzwischen dem Plane Wicherns gemäss zu einer Erziehungs- und Bildungsanstalt für Laienhelfer geworden, die Wichern „Brüder“ nannte. Nun fing man an, sich in weiteren Kreisen für die Arbeit Wicherns zu interessiren, Geld und Brüder kamen in hinreichender Menge zusammen, die Brüder zum Theil aus den sich damals bildenden Jünglingsvereinen (Bremen 1833 unter Mallet, Erlangen 1835 unter Raumer, Elberfeld 1838 unter Döring, Hannover 1839 unter Petri, Ronsdorf 1847 unter Dürselen). Das Jahr 1845 ist das eigentliche Gründungsjahr der ersten Brüderanstalt, die geeignete junge Männer sammeln sollte, die nur um des Evangeliums willen den Dienst an den Armen, Verlassenen und Kranken als Lebensaufgabe aus selbstloser Liebe erfassen. In dem „Brüderhause“ wollte Wichern diese Helfer praktisch vorbereiten, geistig prüfen und ihnen den Weg in eine geordnete Berufsthätigkeit eröffnen, die sie als Gefängnissaufseher, Hausväter in Rettungshäusern, Waisenhäusern, Blöden- und Epileptischen-Anstalten, Herbergen zur Heimath, Kolporteure, Stadtmissionare und Krankenwärter finden sollten. Nach dem Muster des „Rauhen Hauses“ und seiner Brüderanstalt sind seit 1833 an den verschiedensten Orten Deutschlands Brüderanstalten eingerichtet worden. Die, die gegenwärtig bestehen, im Ganzen 12, haben sich zusammengeschlossen zu einer Konferenz der Brüderanstalten vom „Rauhen Haus“, deren Vorsteher jetzt Pastor Kobelt in Neinstedt ist. Doch ist jede Brüderanstalt unabhängig vom „Rauhen Hause“ oder von einer anderen Anstalt eine Organisation für sich, die Vorsteher finden sich in gewissen Zwischenräumen zu gemeinsamen Konferenzen zusammen. Die Namen der einzelnen Anstalten, die zu diesem Verbande (Konferenz) gehören, sind mit ihrem Brüderbestande, d. h. der Zahl der zur Ausbildung im Brüderhause befindlichen Brüder, der Seelenzahl der Brüderschaft, d. h. der Zahl der im Dienst des Brüderhauses auf auswärtigen Stationen beschäftigten Brüder, der Zahl und Art der Arbeitsfelder u. s. w. in der auf der folgenden Seite gegebenen Uebersicht aus dem Beginn des Jahres 1897 zusammengestellt.

Aus dem Leben Wicherns sei noch erwähnt: Im Jahre 1849 war Wichern auf dem Wittenberger Kirchentag ein begeisterter Kämpfer für die Bestrebungen, die er ebenso wie der Göttinger Theologe Lücke mit dem Namen „Innere Mission“ zusammengefasst hatte. Er erreichte es, dass auf jenem Kirchentage der Centralausschuss für innere Mission gebildet wurde, der seitdem für die Werke der Nächstenliebe in ausserordentlich verdienstvoller Weise thätig gewesen ist. Wichern ist der eigentliche Begründer der inneren Mission geworden. Sein Hauptverdienst ist ohne Zweifel, dass er weite Kreise der Bevölkerung, auch solche, die den Werken der Nächstenliebe vollkommen fern standen, für die Pflege und Versorgung der Kranken, Gebrechlichen und Bedürftigen jeder Art gewonnen hat. Die innere Mission wurde jetzt an allen Orten in Angriff genommen und dadurch auch der Krankenpflege, einem wichtigen Zweige der inneren Mission, eine allgemeine Förderung zu Theil. Die Nothwendigkeit vermehrter Fürsorge für die Bedürftigen machte sich in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts, namentlich in den ersten Jahrzehnten in Deutschland den wohlthätigen Kreisen umsomehr fühlbar, als man nach den Befreiungskriegen überall eine verarmte und zum Theil auch sittlich verrohte Bevölkerung gefunden hatte. Der im Jahre 1849 in Wittenberg gegründete Centralverein für innere Mission bildet seitdem die Centralstelle für die gesammte Liebesthätigkeit der evangelischen Kirche. In ihr treffen sich die vielfach gestalteten Einrichtungen für Armen- und Krankenpflege, Brüderhäuser, Diakonissenhäuser, Rettungsanstalten, Kleinkinder-

## Nachweisung über die Frequenz und die Arbeitsgebiete der Brüderhäuser.

| Lfd. No. | Namen der Brüderhäuser | Die Gesammtzahl der auf dem Arbeitsgebiet des Hauses thätig. Brüder | | Die Zahl der Stationen, in denen Brüder arbeiten | | | | | | | Die Zahl der Brüder in den genannten Wirkungsgebieten und zwar: | | Die gegenwärtige Frequenz des Brüderhauses | Stellung im Kriegsfalle |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | der verheiratheten | der ledigen | in der Krankenpflege | Blödenhäusern | Anstalten für Epileptische | Waisenhäuser | Herbergen zur Heimath u. Arbeiter-Kolonie | in der Stadt- und Landdiakonie | in anderer Arbeit | in selbstständiger Stellung | als Gehülfen | | |
| 1. | Rauhes Haus (Hamburg), eröffnet 1833 | 227 | 78 | 6 | 3 | 3 | 80 | 93 | 58 | 62 | 236 | 69 | 35 | 41 |
| 2. | Duisburg a. Rhein, Bez. Düsseldorf | 121 | 128 | 18 | 1 | — | 24 | 29 | 17 | 39 | 139 | 110 | 32 | 30 |
| 3. | Züllchow bei Stettin, 1880 gegr. | 93 | 10 | 2 | — | 1 | 39 | 9 | 8 | 44 | 95 | 8 | 15 | 10 |
| 4. | Lindenhof in Neinstedt a. Harz, 1850 | 100 | 88 | 5 | 7 | 3 | 27 | 33 | 18 | 20 | 105 | 83 | 25 | 30 |
| 5. | Johannesstift in Berlin NW., Plötzensee, 1858 gegr. | 99 | 60 | 7 | — | 1 | — | 22 | 14 | 59 | 100 | 59 | 32 | 24 |
| 6. | Stephansstift in Kirchrode vor Hannover, 1869 gegr. | 36 | 64 | 11 | 2 | 2 | 4 | 20 | 8 | 7 | 43 | 57 | 27 | 5 |
| 7. | Karlshöhe bei Ludwigsburg in Württemb. | 32 | 85 | 16 | 5 | — | 3 | 19 | 5 | 17 | 33 | 84 | 30 | —[1] |
| 8. | Ober-Gorbitz bei Dresden | 41 | 32 | 7 | — | — | 22 | 22 | 2 | 8 | 43 | 30 | 12 | 20 |
| 9. | Nazareth bei Bielefeld, gegr. 1877 | 57 | 194 | 44 | 6 | 118 | 2 | 24 | 3 | 54 | 67 | 184 | — | —[1] |
| 10. | Karlshof (Bez. Königsberg), eröffnet am 28. Sept. 1882 | 13 | 58 | 4 | 5 | — | 3 | 5 | 2 | 6 | 13 | 58 | 50 | —[1] |
| 11. | Kraschnitz (Schlesien) | 10 | 44 | 6 | 4 | — | 1 | 6 | 1 | 1 | 10 | 44 | 51 | —[1] |
| 12. | Nürnberg | 2 | 25 | 14 | 1 | 1 | — | 6 | 1 | 4 | 15 | 12 | 7 | 20 |
| 13. | Eckartshaus, Reg.-Bez. Merseburg | 5 | 9 | — | — | — | 5 | 1 | — | — | 6 | 4 | 5 | —[1] |
| | | 836 | 875 | 140 | 34 | 129 | 210 | 289 | 137 | 321 | 905 | 802 | 319 | 180 |

[1]) Diese Zahlen konnten bisher nicht beschafft werden.

schulen und Versorgungsanstalten, ferner Anstalten für allein stehende Männer, Frauen, Jünglinge und Mädchen, nämlich: Jünglingsvereine, Mägdeherbergen und Herbergen zur Heimath, Marthastifte, Gefängnissvereine und Vereine für entlassene Sträflinge, Arbeiterkolonieen zur Rettung arbeitsloser Herumtreiber, Magdalenenhäuser zur Rettung gesunkener Frauen, und ähnliche Bestrebungen. In grossen Städten, wie Berlin, Hamburg, Breslau, Magdeburg, Leipzig und anderen, sind in den letzten Jahrzehnten jene Bestrebungen in Gestalt sogenannter Stadtmissionen centralisirt und einheitlich geregelt worden.

Die Vereine für innere Mission haben in fast allen grösseren Städten eigene Häuser für ihre Versammlungen erbaut, sog. evangelische Vereinshäuser, meist mit Herbergen zur Heimath verbunden, jetzt über 300 in Deutschland. Ebenso wie die Organisationen der katholischen Kirche im Anfang dieses Jahrhunderts, namentlich die barmherzigen Brüder und Schwestern den Protestanten ein leuchtendes Vorbild zur Nacheiferung waren, so sind Wicherns Bestrebungen in der katholischen Kirche vorbildlich geworden. Im Jahre 1840 sandte Wichern eine Anzahl seiner Brüder nach Schlesien, um in den vom Hungertyphus verwüsteten Gegenden die zahlreichen Waisen (ihrer 4000 an der Zahl) zu sammeln. Der Fürstbischof von Breslau, Diepenbrock, und Domherr v. d. Heyden, mit denen dann Wichern die weiteren Maassnahmen berieth, erkannten sehr bald, dass auf diesem Gebiet Wichern und seine Brüder überlegen seien. Sie entsandten später 7 katholische Lehrer ins Rauhe Haus zur Vorbereitung für die Erziehung der Typhuswaisen. Aehnlich ist es mit den Jünglingsvereinen, dem Bonifaciusverein, dem Elisabethverein, dem Verein Mariahilf für Erziehung armer Kinder zu braven Dienstboten, dem Verein Maria-Veen in Westfalen und schliesslich dem Vincentiusvereinsverband, die sämmtlich evangelischen Mustern nachgebildet sind, nämlich den evangelischen Jünglingsvereinen, dem Gustav-Adolfverein, dem evangelischen Frauenverein, dem Vereine zum Schutze der Dienstboten, dem Vereine zur Pflege blöder Kinder, Arbeiterkolonieen und schliesslich dem Centralverein für innere Mission selbst. — Im Jahre 1851 wurde Wichern, der gerade von einer Studienreise nach England zurückkehrte, von der preussischen Regierung beauftragt, in allen Provinzen der Monarchie die Zuchthäuser und Gefängnisse zu besuchen und Vorschläge zur Verbesserung zu machen. 1858 wurde dann der Candidat der Theologie Wichern, der niemals Prediger gewesen ist, als Ober-Konsistorialrath und vortragender Rath im preussischen Ministerium des Innern mit der Abtheilung des Gefängnisswesens betraut. 1872 trat er von diesem Amt zurück und übernahm die Leitung des „Rauhen Hauses“ wieder, legte aber im Jahre 1873 auch dieses Amt wegen Kränklichkeit nieder und starb am 7. April 1881 in Hamburg, er, der Schöpfer genialer Gedanken, an Gehirnerweichung.

Ueber die Aufnahme-Bedingungen für die Ausbildung von Brüdern giebt folgende Ordnung der Brüderschaft der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische in Karlshof Aufschluss:

„1. Aufnahmefähig sind evangelische Jünglinge im Alter von 19—30 Jahren von bürgerlicher Unbescholtenheit und ernster christlicher Gesinnung, die sich durch die Liebe Christi gedrungen fühlen, sich dem Dienste Christi berufsmässig zu widmen, wenn sie a) die für solchen Dienst nöthige körperliche und geistige Befähigung haben; b) durch keinerlei Verpflichtung gehindert sind, sich dem Berufe völlig hinzugeben; c) im Stande sind, sich in einem ordentlichen Berufe ihren Unterhalt selbst zu verdienen; d) mindestens die Kenntnisse einer guten Volksschule besitzen.

2. Der schriftlichen Meldung ist beizulegen: a) ein selbstverfasster und eigenhändig geschriebener Lebenslauf; b) Geburts- und Heimathsschein; c) ein versiegeltes Attest des Seelsorgers über Befähigung, Charakter, Wandel und Gesinnung; d) ein Zeugniss der Eltern oder des Vormundes, dass die Meldung nicht wider ihren

Willen ist; e) ein ärztliches Zeugniss über Befähigung, körperliche Beschwerden zu ertragen.

3. Der Eintrittstermin ist in der Regel der erste October.

4. Der Meldende hat zu erklären: a) dass er unverheirathet und unverlobt ist und beides so lange bleiben will, bis er in den Stand gesetzt ist, einen eigenen Hausstand zu begründen, und dass er vor Eingehen einer Verlobung dem Anstaltspfarrer von seinem Vorhaben Mittheilung machen will; b) dass er willigen Gehorsam gegen die Hausordnung der Anstalt und die Anordnungen seiner Vorgesetzten zu beweisen bereit und willens ist, in der Anstalt sich nicht blos für seinen künftigen Beruf vorzubereiten, sondern auch die gegenwärtige Arbeit an den Kranken schon als einen Beruf für das Reich Gottes mit rechter Treue zu thun.

5. In Unterricht, Erziehung und Krankenpflege werden die Diakonen praktisch und theoretisch in der Regel 3 Jahre lang ausgebildet.

6. Sie erhalten für die Dauer der Ausbildung freie Station und freien Unterricht, doch müssen sie bei dem Eintritte auf $^1/_2$ Jahr mit doppelter Kleidung ausgerüstet sein.

7. Nach vollendetem Probehalbjahr wird der Aspirant event. in die Brüderschaft aufgenommen. Falls der Bruder sich nach dieser Aufnahme nicht bewährt oder lässig wird, kann er stets während seiner Ausbildung vom Vorsteher entlassen werden.

8. Nach Aufnahme in die Brüderschaft erhalten die Brüder freie Kleidung und 1 Mark Taschengeld.

9. Reisen werden nur unter besonderen Umständen vom Anstaltspfarrer erlaubt.

10. Der Austritt aus der Anstalt steht Jedem frei; doch hat der Diakon die Pflicht, den Anstaltspfarrer sobald als möglich davon in Kenntniss zu setzen und mit diesem sich über die Zeit des Austritts zu verständigen. Der Vorstand hat das Recht, unbrauchbare oder ungehorsame Brüder jederzeit zu entlassen. Bei unberechtigtem Austritte eines Bruders kann unter Umständen ein Kostenersatz verlangt werden.

11. Der Vorstand der Anstalt Karlshof hat die Oberaufsicht über die Angelegenheiten der Brüderschaft. Er hat daher vom Vorsteher derselben jede ihm wünschenswerthe Auskunft zu erwarten und dieser hat ihm alle die Führung der Brüderschaft betreffenden Wünsche vorzulegen, wie der Vorsteher seinerseits jede Unterstützung in der Erfüllung seines Berufes vom Vorstande zu erwarten hat.

Die Zahl der auszubildenden Diakonen setzt der Vorstand fest. Insbesondere fällt dem Vorstande der Anstalt Karlshof zu: 1. die für die Leitung und Erhaltung der Brüderschaft erforderlichen Mittel zu beschaffen, 2. die Verwaltung der Hilfskasse zu kontrolliren.

12. Diejenigen evangelischen Mitglieder des Karlshofer Vorstandes, welche durch freie Willenserklärung und Zahlung eines Jahresbeitrages von 5 Mk. der Brüderschaft angehören, sind als solche zugleich Mitglieder des Vorstandes derselben.

13. Der Vorstand der Brüderschaft besteht: 1. aus dem Anstaltspfarrer, 2. den in § 12 genannten Mitgliedern, 3. den Vorsitzenden der Provinzialvereine für innere Mission, 4. einem für je 10 Brüder am Brüdertag zu wählenden Vertreter. Der Vorstand regelt alle inneren Angelegenheiten der Brüderschaft: a) Organisationsfragen, b) Disziplinarfragen, c) verwaltet er die Hilfskasse.

14. Für die Brüderschaft wird eine Hilfskasse errichtet. Sie wird durch ausserordentliche Beiträge, Geschenke und die Jahresbeiträge der Sendbrüder, die mindestens 6 Mk. betragen müssen, gebildet, und soll dazu dienen, einzelnen Brüdern, die ohne ihr Verschulden in Noth gekommen sind, Hilfe zu leisten. Hausbrüder sind zu Jahresbeiträgen nicht verpflichtet. Der Vorstand betraut eines seiner Mitglieder mit der speciellen Verwaltung der Kasse. Der Vorstand der Anstalt Karlshof ertheilt jährlich Decharge."

2. Diakonissen.

Der Begründer der Mitarbeit der evangelischen Frau an der Pflege der Kranken und Bedürftigen jeder Art ist Pfarrer Theodor Fliedner, geb. am 21. Januar 1800 in Eppstein. Schon am 18. Januar 1822 zog der junge Theologe, vom Konsistorium zu Köln zum Pfarrer der kleinen evangelischen Gemeinde in Kaiserswerth am Rhein erwählt, hier ein zur Amtsthätigkeit unter ganz besonders schwierigen Verhältnissen. Die kleine evangelische Kirche in der alten Kaiserpfalz, wo im Jahre 1062 Heinrich IV. seiner Mutter Agnes, der Wittwe Heinrichs III. unter deren Augen, vom Erzbischof Hanno von Köln, entführt wurde, sollte kurz nachdem Fliedner sein Amt angetreten hatte, subhastirt werden, weil ein Sammetfabrikant, der zu ihrem Bau 500 Thaler vorgestreckt hatte, Bankerott machte. Obwohl dem Pfarrer Fliedner vom Konsistorium schon vier Wochen nach seinem Amtsantritt zwei andere Pfarrstellen angeboten wurden, da man die evangelische Kirchengemeinde in Kaiserswerth nunmehr eingehen lassen wollte, blieb er doch seiner Gemeinde treu und unternahm eine Kollektenreise im Rheinland, nach Holland und England, auf der er ein hinreichend grosses Kapital zusammenbrachte, um den Bestand der Gemeinde zu sichern. Auf dieser Reise lernte er eine Menge wohlthätiger Anstalten für Leibes- und Seelenpflege, Schul- und Erziehungsanstalten, Armen-, Waisen- und Krankenhäuser, Gefängnisse und Gesellschaften zur Besserung der Gefangenen etc. kennen und fühlte sich mächtig angeregt. Die erste Frucht dieser Anregung war die am 18. Juni 1826 erfolgte Gründung der Rheinisch-westfälischen Gefängniss-Gesellschaft. Ihr folgte die Gründung eines Frauenvereins aus evangelischen und katholischen Damen zur Fürsorge für entlassene weibliche Gefangene, denen man nunmehr ein Asyl zu gründen bestrebt war. Fliedner erklärte sich bereit, die Gründung dieses Asyls in Kaiserswerth zu versuchen. Seine Gattin, Friederike, geborene Münster, und deren Freundin, Katharina Göbel aus Braunfels, halfen ihm dabei, so dass am 17. September 1833 der erste Asylspflegling aus dem Zuchthaus in Werden in dem Gartenhäuschen in der Pfarre in Kaiserswerth untergebracht werden konnte. Bald kamen andere, man miethete ein Haus von der Gemeinde und verlegte das Asyl dorthin. Fliedner gründete nun noch 1835 eine Strickschule für arme Kinder. Doch lag ihm die Gründung einer Anstalt zur Erziehung von evangelischen Krankenpflegerinnen nach dem altchristlichen Vorbild am meisten am Herzen. Der Oberpräsident v. Vinke schlug Elberfeld als den Ort der Gründung vor, allein die dortigen Geistlichen lehnten die Uebernahme der Arbeit ab und forderten Fliedner auf, die Sache selbst in die Hand zu nehmen. Ebenso ging es ihm in Düsseldorf, Duisburg, Mettmann und Barmen. Fliedner sah sich deshalb nach einem passenden Hause um. 1836 wurde ein grosses Haus in Kaiserswerth käuflich, das Fliedner am 20. April jenes Jahres für 2300 Thaler kaufte. Das Geld wurde ihm von Freunden dazu geliehen. Am 30. Mai 1836 wurde im Hause des Regierungspräsidenten, Grafen Stolberg in Düsseldorf, das Statut eines Rheinisch-westfälischen Diakonissenvereins unterzeichnet. Eine ältere Jungfrau, Gertrud Reichardt, die Schwester eines in Ruhrort lebenden Arztes, die schon viele Jahre lang Kranke gepflegt und verbunden hatte, liess sich bereit finden, im October 1836 als erste Diakonisse den Dienst in dem neubegründeten Krankenhause zu beginnen, doch konnte sie nicht vor dem 20. October kommen; so ist das Diakonissenhaus in Kaiserswerth am 13. Oktober 1836 ohne Diakonisse, nämlich durch eine andere christliche Jungfrau aus Düsseldorf, die sich zur Aushilfe bereit erklärt hatte und durch das Dienstmädchen Fliedner's eröffnet worden. Als Schwester Gertrud nun mit einigen Aspirantinnen des Diakonissenberufs eintraf, fanden sie schon mehrere Kranke und Arbeit genug vor. Seitdem hat sich die Diakonissensache eines ausserordentlichen Wachsthums zu erfreuen gehabt. Schon im 2. Jahre des Bestehens wurden zwei

Schwestern in das Krankenhaus nach Elberfeld gerufen. Am Schluss des 10. Jahres war die Zahl der Schwestern auf 108 gestiegen, nämlich 78 eingesegnete Diakonissen und 30 Probeschwestern. Inzwischen war in Berlin durch Pastor Gossner's Anregung im Jahre 1857 eine Pflegerinnenbildungsstätte im evangelischen Sinne an dem Elisabethkrankenhaus errichtet worden, die Schwestern ausbildete, aber sich erst im Jahre 1868 zu einem Schwesternmutterhause formell umwandelte. Ferner war in Paris 1841 (Rue de Reuilly 95) und in Strassburg (durch Pastor Härter) 1842 je ein neues Diakonissenhaus gegründet, dem bald andere folgten, so im selben Jahre Echallens (später St. Loup) in Waadtland in der Schweiz, dann 1844 in Dresden und Utrecht, 1845 in Bern durch Fräulein Wurstemberger von Wittinghof und 1847 Bethanien in Berlin, das nach den Intentionen des hochseligen Stifters Friedrich Wilhelm IV. ein Zentraldiakonissenhaus sein sollte und der Diakonissensache eine gewisse Vornehmheit verlieh. Der Stifter der Diakonissensache, Theodor Fliedner, starb im Jahre 1864, er hinterliess das von ihm 1836 gegründete Diakonissenhaus mit einer Schwesternschaar von 425 Schwestern, die auf etwa 100 Arbeitsfeldern in 4 Welttheilen thätig waren. Die Gesammtzahl der selbständigen Diakonissenmutterhäuser war bei Fliedner's Tode, also noch nicht 30 Jahre nach Begründung der Diakonissensache, auf 32 gestiegen, zu denen etwa 1600 Diakonissen auf mehr als 400 Arbeitsplätzen gehörten. Seitdem ist die Entwickelung der Diakonissensache eine noch schnellere und kräftigere geworden. Namentlich haben die beiden letzten Jahrzehnte eine erhebliche Vermehrung der Anzahl der Schwestern und Arbeitsstätten mit sich geführt. Es darf nicht vergessen werden, dass durch die Einführung der Diakonissen in die Krankenhäuser und in die Gemeindepflege mit einem Schlage eine Besserung, man kann sagen, eine neue Erweckung und Förderung der Krankenpflege allgemein in den protestantischen Ländern geschaffen wurde, die nicht ohne Einfluss auf das gesammte Krankenhauswesen in Deutschland gewesen ist. Auch dies ist indirekt Fliedners Verdienst. Fliedners Vorbild hat übrigens in der Folgezeit eine ganze Reihe bedeutender Diakonissenvorsteher geschaffen, ich erinnere nur an Disselhoff-Kaiserswerth, G. Fliedner-Kaiserswerth, Daendlicker-Bern, Graf von der Recke-Vollmerstein-Kraschnitz, früher in Düsseldorf, Löhe-Neudettelsau, Gossner-Berlin, Freiherr von Bissing-Beerberg, Quistorp-Stettin, Jordan-Halle, Schäfer-Altona, von Bodelschwingh-Bielefeld und Andere.

Es würde jedoch unbillig sein, wollte man neben und über den Stiftern und Arbeitern in der Diakonissensache nicht auch der Arbeiterinnen und Stifterinnen gedenken. Da ist ausser den schon erwähnten Amalie Sieveking, Gertrud Reichard und Friederike Fliedner, geb. Münster, auch Fliedners zweite Frau, Karoline geb. Bertheau, als Diakonissenmutter zu nennen, dann Minna Fliedner, ferner vom Elisabethkrankenhaus: Fräulein von Hochstätter, Frl. von Wegner und Gräfin Anna von Arnim, von Bethanien: Marianne von Rantzau, Anna, Gräfin zu Stolberg-Wernigerode, die am Hungertyphus in Ostpreussen ihrem schönen Beruf erlag, Aurelie Platen und Louise Kirsch, geb. von Gerlach, Fräulein von Bissing-Beerberg und Thusnelde von Saldern (Oberlinhaus in Nowawes), Gräfin Recke-Volmerstein-Kraschnitz (3. Tochter des Düsseldorfer), Gräfin Stosch-Breslau, Luise Moll-Halle a. S., Johanna Bade-Posen, Frl. von dem Busche-Kessel-Altona, Helene von Bülow-Ludwigslust und viele Andere.

Um einen Ueberblick über die Organisation des Diakonissenwesens zu geben, lasse ich die Grundzüge der Organisation des Kaiserswerther Diakonissenmutterhauses, des ersten und bedeutendsten der Neuzeit, aus Julius Disselhoff, Das Diakonissenmutterhaus zu Kaiserswerth a. Rh. etc., Verlag des Diakonissenhauses zu Kaiserswerth, Rhein 1893, p. 11 ff., folgen:

„Der Rheinisch-Westfälische Diakonissenverein hat nach § 1 seiner Grund-

gesetze, auf Grund deren er laut Kabinettsordre vom 20. Nov. 1846 die Rechte einer moralischen Person erhalten hat, den Zweck: „zum Diakonissenamte im apostolischen Sinne evangelische Christinnen zu bilden und dieselben zur Pflege von Kranken, Armen, Kindern, Gefangenen, entlassenen Sträflingen und ähnlichen Hilfsbedürftigen, zunächst in den rheinisch-westfälischen Provinzen, zu verwenden.“ Es ist also sein Bestreben, die vielfach brach liegenden weiblichen Kräfte zu allgemeinem Nutz und Frommen in den Dienst der evangelischen Gemeinde zu ziehen. Die Liebesarbeit der Diakonissen erstreckt sich ohne Unterschied auf Hilfsbedürftige aller Confessionen, soll aber nicht Angehörige anderer Confessionen zu Proselyten der evangelischen Kirche machen. Kein Gebiet menschlicher Noth, auf welchem weibliche Kräfte überhaupt helfen können, ist von der Diakonissenarbeit ausgeschlossen. Der Natur der Sache nach theilt sie sich in zwei Hauptgebiete, in die Pflege Kranker und Armer, und den Unterricht und die Erziehung von Kindern. Auf dem ersten arbeiten die Pflege-, auf dem andern die Lehr-Diakonissen“.

„Der Verein steht unter der Obhut der rheinischen und der westfälischen Provinzial-Synode, deren Präsides oder Assessoren als solche Glieder des Vorstandes sind. Unter den Vorstandsgliedern muss sich stets ein praktischer Arzt befinden. Der Vorstand vertritt den Verein nach aussen und übt alle seine Rechte aus. Unter ihm wird das ganze Werk von der „Direction der Diakonissen-Anstalt“ geleitet, d. h. von dem Inspector, der ein evangelischer Geistlicher ist, und der Vorsteherin, welche beide von dem Vorstand des Vereins ernannt werden und ihr Amt, laut einer ihnen vom Vorstand ertheilten Dienstanweisung verwalten. Ankäufe und Veräusserungen von Grundstücken, Neubauten, Anstellung der Beamten, Uebernahme neuer oder Kündigung alter Arbeitsfelder, sowie alle neuen Einrichtungen unterliegen der Entscheidung des Vorstandes. Der Pastor (Inspector) und die Vorsteherin sind die Haus-Eltern für alle Diakonissen. Unter ihnen aber hat sowohl das Mutterhaus, wie jedes Tochterhaus oder sonstiges Arbeitsfeld seine vorstehende Diakonisse, die indess auch nur Schwester, nicht Oberin genannt wird, weil man sie wie die ältere Schwester in einem Familienkreise ansieht. Sie leitet nach einer Dienstanweisung und einer bestimmten Haus- und Tagesordnung die ihr anvertraute Anstalt oder Station, so dass das grosse Ganze sich in mehrere selbstständige Familien oder Haushaltungen gliedert und doch von einem Geiste beseelt bleibt.“

„Zur Uebernahme des Diakonissenberufes im Dienste des Vereins sind nur Jungfrauen und kinderlose Wittwen evangelischen Glaubens, christlichen Sinnes und sittlichen Wandels fähig, welche das 18. Lebensjahr zurückgelegt und das 40. nicht überschritten haben. Der Uebernahme des Diakonissenamts geht eine, nach Anlagen, Kenntnissen und Erfahrungen verhältnissmässig kürzere oder längere Probezeit vorher, bei welcher der frühere Bildungsgang, Anlage und Fähigkeit jeder einzelnen gewissenhafte Berücksichtigung findet. Durchaus freie Selbstbestimmung und schriftliche Einwilligung der Eltern oder Vormünder ist Grundbedingung der Aufnahme in die Probezeit.“

„Um den neuankommenden Schwestern in unserm grossen Anstaltswesen das verlassene Familienleben einigermaassen zu ersetzen, wohnen, essen und schlafen sie anfangs in der sogenannten Vorprobe in einem kleineren trauten Kreise unter einer älteren Diakonissin als ihrer mütterlichen Freundin zusammen, bis sie in dem neuen Boden Wurzel geschlagen haben und unter uns heimisch geworden sind. Die praktische und theoretische Vorbildung der Probeschwestern geht Hand in Hand. Sie werden in ihrer christlichen Erkenntniss vertieft und zu allen technischen Fertigkeiten des Berufs angeleitet. Freiwillige Liebe ist die Triebfeder, wodurch jede einzelne dem grossen Anstaltsorganismus gehorsam und willig sich eingliedert. Besondere Geheimmittel oder methodistische Veranstaltungen, den Willen zu brechen und das Gemüth gefügig zu machen, von denen vielleicht gefabelt wird, existiren nicht und

taugen auch nicht. Eine Probeschwester, welche durch den Geist der Kraft und Liebe und Zucht sich nicht regieren lässt, würde, als für das Diakonissenamt nicht geeignet, von uns scheiden müssen. Hat sie dagegen im Mutterhaus angefangen, sich zu bewähren, so wird sie zu weiterer und allseitigerer Ausbildung, zunächst versuchsweise, auf verschiedene auswärtige Arbeitsfelder gesandt, wo sie beweisen muss, dass sie durch ihren Glauben und ihre Liebe innern Halt genug hat, um auch fern vom Mutterhaus würdig ihres Berufes zu walten. Vor der Aufnahme in den Kreis der eingesegneten Schwestern werden alle in Kaiserswerth anwesenden Diakonissen um ihre Einwilligung gefragt. Sie haben das Recht, sich mit Gründen gegen die Aufnahme zu erklären. Bei der Einsegnung in das Amt giebt die Diakonissin das Versprechen, die Pflichten des Amtes treu, in der Furcht Gottes und nach seinem heiligen Wort zu erfüllen. Ein Gelübde findet nicht statt. Mit vollster Freiheit kann jede Diakonissin zur Pflege alter, kranker Eltern zurückkehren, wenn diese es als nothwendig verlangen, auch jeder Zeit in die Ehe treten. Nur wird erwartet, dass sie vor einem bindenden Verlöbnisse dem Mutterhause offene Mittheilung macht."

„Jede Diakonisse ist dem betreffenden Arzte in allen medicinischen, chirurgischen und diätetischen Vorschriften pünktlichsten Gehorsam schuldig. Bei Männerkranken übernimmt sie nur diejenigen Pflegeacte, welche für ihr Geschlecht sich geziemen, weshalb ihr ein Hilfswärter beigegeben wird. Bei Sectionen von Leichen ist sie nicht zugegen. — Wie die Diakonisse die Helferin des Arztes in den leiblichen Bedürfnissen des Kranken, ist sie die Gehilfin des geordneten Pfarramtes in den geistlichen Bedürfnissen der Pflegebefohlenen. Wenn ein Kranker geistlichen Trost von Seiten der Diakonisse nicht wünscht, so hat diese die Weisung, ihren Glauben ohne Worte durch den Wandel zu beweisen."

„Die Diakonisse verwaltet ihr Amt unentgeltlich. Sie erhält aber vom Mutterhause Nahrung und Amtskleidung; zur Anschaffung der nothwendigen, nicht zur Amtstracht gehörigen Kleidungsstücke empfängt sie ein kleines Taschengeld. Persönliche Geschenke von Pflegebefohlenen nimmt die Diakonisse nicht an. Bei Arbeitsunfähigkeit wird sie, im Falle der Mittellosigkeit vom Mutterhause verpflegt, zu welchem Zwecke schon frühe das Feierabendhaus gegründet ward."

„Jede Diakonisse behält vollständig freie Verfügung über ihr Privatvermögen, welches nach ihrem Tode auf die rechtmässigen Erben übergeht. Mit ihren Angehörigen bleibt die Diakonisse in freier Verbindung. Alle 2—3 Jahre erhält sie vom Mutterhause die Mittel, zu den Ihrigen, namentlich zu den Eltern, zu reisen".

„Jede Diakonisse übernimmt freiwillig den Arbeitsposten, welcher ihr vom Mutterhause angewiesen wird. Bei ansteckenden Seuchen wird sie gefragt, ob sie die gefahrdrohende Arbeit übernehmen wolle. Es muss constatirt werden, dass noch keine unserer Diakonissen gezagt hat, bei ansteckenden Krankheiten ihre Hilfe anzubieten. Zur Pflege Geistes- und Gemüthskranker wird keine Diakonisse bestimmt, welche Bedenken tragen sollte, auf diesem Gebiete thätig zu sein; ebenso wird keine Diakonisse ohne ihre freie Zustimmung und die Erlaubniss der Eltern in das Ausland gesendet. Als Lehrdiakonissen werden nur diejenigen ausgebildet, welche sich zum Unterrichten und Erziehen selbst berufen fühlen".

„Der Etat für Ausgabe und Einnahme wird jährlich vor dem Beginn des Rechnungsjahres von dem Vorstande festgestellt. Der Präsident und Schatzmeister des Vorstandes revidiren jährlich die Rechnung und ertheilen Decharge. Jährlich wird ein erzählender Bericht und ein genauer Rechnungsbericht über Ausgabe und Einnahme veröffentlicht. Das Mutterhaus und die in Kaiserswerth befindlichen Tochterhäuser haben eine Kasse und Rechnungsführung. — nur das Asyl und Magdalenenstift hat seine eigene Rechnung; ebenso jedes Tochterhaus ausserhalb Kaiserswerth. Der Gewinn, welchen die Arbeiten zu Gunsten der Reicheren abwerfen,

kommt den Arbeiten für die Aermeren zu Gute, weshalb die Pflegesätze für diese nur niedrige sind. Die Kasse wird von zwei Diakonissen verwaltet, die Buchführung dagegen liegt in der Hand von Buchhaltern".

Die Organisationen der übrigen Mutterhäuser haben in der Hauptsache gleichlautende Bestimmungen. Im Uebrigen hat jedes Mutterhaus volle Freiheit und Selbstständigkeit. Untereinander stehen sie in Verbindung durch die Generalconferenz in Kaiserswerth, die von Fliedner 1861 angeregt, alle 3 Jahre oder in andern durch die Verhältnisse bestimmten Zwischenräumen zusammentritt. Sie soll einen Austausch der Erfahrungen ermöglichen und den persönlichen Verkehr der Vorstände unterhalten; zuweilen werden auch Beschlüsse gefasst, die für sämmtliche Mutterhäuser vorbildlich und bis zu einem gewissen Grade bindend sind. Der Verkehr zwischen den Centralbehörden und dem Diakonissenhausverband geht durch dessen Vorsteher.

Der Diakonissensache sind jetzt, 62 Jahre nach Begründung des Kaiserswerther Diakonissenhauses, über 14000 Schwestern in 80 Diakonissenmutterhäusern über die ganze Welt verstreut, gewidmet. Ueber die einzelnen Mutterhäuser Deutschlands, deren Mitglieder und Arbeitsfelder nach dem Stande des Jahres 1897 giebt die auf der folgenden Seite gegebene Tabelle Auskunft.

### β) Der Diakonieverein in Herborn.

Da in den Diakonissenhäusern im Laufe der Jahrzehnte auf das Anstaltliche der Organisation ein grosses Gewicht gelegt und eine gewisse Neigung zum Ordensartigen, Klösterlichen herausgebildet worden war, so stellte sich in manchen Kreisen die Furcht vor dem römischen Wesen wieder ein. Es entstand auch bei kirchlich Gesinnten in der protestantischen Bevölkerung eine gewisse Abneigung gegen die Diakonissenhäuser. Man erkannte überall rückhaltlos den Aufschwung in der Krankenpflege an, den trefflich geschulte und in christlichem Sinne geleitete Krankenpflegerinnen mit sich führen. Denn durch die Diakonissen und durch das Beispiel ihres segensreichen Wirkens war das Bedürfniss nach geschulten Pflegerinnen allgemein fühlbar gemacht worden. Man wünschte jedoch eine freiere Form der evangelischen Genossenschaftspflege und kam so zu den Bestrebungen, eine der Durchbildung der Diakonissen ähnliche Erziehung ohne das strenge Mutterhausleben zu erreichen.

Hier stehen der Diakonissensache am nächsten die Einrichtungen des Herborner Diakonievereins und das Institut der Johanniterschwestern, das später besprochen werden soll. Professor Zimmer, Lehrer am theologischen Seminar in Herborn, suchte für die Diakonie noch fruchtbringender zu wirken, indem er eine Berufsgenossenschaft von evangelischen Krankenpflegerinnen gründete, eine eingetragene Genossenschaft zur Sicherstellung der Dienstleistungen der evangelischen Diakonie. Diakonissenhäuser und Diakonieverein bezwecken, nach Zimmer's Absicht, dasselbe, sie sind jedoch für verschiedene Bedürfnisse und für verschiedene Individualitäten eingerichtet. Jungfrauen und Frauen, namentlich aus dem Mittelstande, die sich in der familienartigen Lebens- und Arbeitsgemeinschaft der Mutterhausorganisation nicht wohl fühlen, haben Anschluss im Diakonieverein, der ihnen volle Selbstständigkeit wahrt, während Charaktere, die sich gern einer leitenden Hand fügen, im Diakonissenhaus den richtigen Ort ihrer Thätigkeit finden. Zimmer plante zugleich für die Krankenpflege eine zweckmässige Regelung: Im Diakonieverein soll das gesammte Pflegewesen, soweit es den Mutterhäusern nicht zugänglich ist, einheitlich organisirt werden. Von dem Gedanken ausgehend, dass nicht alle Frauen und Jungfrauen sich vermöge ihrer Vorbildung zum Berufe einer Vollschwester (Oberin, leitende Stationsschwester,

| Lfde. No. | Mutterhäuser | Stiftungsjahr | Schwestern | Arbeitsfelder. (Es sind nur die wichtigsten besonders angegeben) | | | | | | | | | | Anzahl der Arbeitsfelder |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Gemeinde-pflegen | Krankenh. Kind.-Hosp. | Siechen- u. Pflegehäus. | Blöde u. Epileptisch. | Warte-schulen | Ind.-Hand-arb.-Schul. | Magdalen.-Rettungsh. | Erz.-A. f. Töcht. g. St. | Waisenh. | Krippen | |
| 1. | Kaiserswerth . . | 36 | 959 | 72 | 56 | 29 | — | 42 | 2 | 2 | 5 | 19 | — | 243 |
| 2. | Berlin (Elisabeth-Krankenhaus) . | 37 | 142 | 15 | 7 | 8 | 1 | 7 | — | 3 | — | — | 1 | 44 |
| 3. | Strassburg . . . | 42 | 242 | 19 | 13 | 13 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | — | — | 64 |
| 4. | Dresden . . . . | 44 | 470 | 114 | 28 | 9 | 2 | 27 | 9 | 3 | 1 | — | — | 197 |
| 5. | Berlin (Bethanien) | 47 | 312 | 20 | 21 | 12 | — | 20 | 2 | 2 | — | 12 | 3 | 92 |
| 6. | Breslau . . . . | 50 | 395 | 42 | 28 | 6 | — | 17 | — | 4 | — | 4 | 2 | 112 |
| 7. | Königsberg . . | 50 | 511 | 96 | 50 | 17 | 1 | 29 | — | 1 | — | 11 | — | 205 |
| 8. | Ludwigslust . . | 51 | 261 | 37 | 32 | 3 | 1 | 10 | — | 1 | — | — | — | 89 |
| 9. | Karlsruhe . . . | 51 | 223 | 45 | 15 | 11 | — | 1 | 1 | — | — | — | — | 73 |
| 10. | Neuendettelsau . | 54 | 443 | 32 | 26 | 9 | 4 | 36 | 10 | 11 | 3 | — | — | 134 |
| 11. | Stuttgart . . . | 54 | 612 | 58 | 46 | 6 | — | 9 | 1 | 1 | — | — | — | 128 |
| 12. | Augsburg . . . | 55 | 171 | 27 | 11 | 1 | — | 16 | 3 | — | — | 3 | — | 63 |
| 13. | Halle . . . . | 57 | 174 | 42 | 12 | 5 | — | 9 | — | — | — | — | — | 69 |
| 14. | Darmstadt . . . | 58 | 240 | 39 | 17 | 5 | — | 21 | 3 | 1 | — | — | 2 | 90 |
| 15. | Speyer . . . . | 59 | 200 | 31 | 9 | — | — | 16 | 3 | — | — | 3 | — | 64 |
| 16. | Kraschnitz . . . | 60 | 238 | 48 | 19 | 3 | 1 | 25 | 6 | 5 | — | — | 3 | 118 |
| 17. | Hannover . . . | 60 | 320 | 56 | 41 | 9 | — | 7 | 3 | 1 | — | — | 2 | 128 |
| 18. | Hamburg (Bethesda) . . . | 60 | 64 | 10 | 3 | 1 | — | 3 | — | — | — | — | 4 | 22 |
| 19. | Danzig . . . . | 62 | 288 | 78 | 25 | 6 | — | 38 | 22 | 2 | — | 8 | 5 | 184 |
| 20. | Cassel . . . . | 64 | 165 | 27 | 7 | 12 | 1 | 16 | 9 | 3 | 1 | — | — | 81 |
| 21. | Posen . . . . | 65 | 233 | 41 | 18 | 5 | — | 15 | — | 1 | — | 1 | — | 84 |
| 22. | Frankenstein . . | 66 | 212 | 36 | 7 | 13 | — | 74 | 39 | 4 | — | — | — | 177 |
| 23. | Niesky (Emmaus) | 66 | 55 | 11 | 8 | 2 | — | — | — | — | 1 | — | — | 22 |
| 24. | Berlin (Lazarus-Krankenhaus) . | 67 | 88 | 13 | 6 | 4 | — | 5 | — | — | — | — | — | 29 |
| 25. | Altona . . . . | 67 | 95 | 19 | 9 | 1 | — | 12 | 2 | 2 | — | — | 4 | 50 |
| 26. | Bremen . . . . | 68 | 56 | 10 | 5 | 2 | — | 1 | — | — | — | — | — | 18 |
| 27. | Neutorney (Salem) | 68 | 39 | 7 | 2 | — | — | 3 | — | — | 1 | — | — | 15 |
| 28. | Bielefeld . . . | 69 | 755 | 78 | 68 | 10 | 12 | 101 | 2 | 2 | — | — | — | 284 |
| 29. | Neutorney (Bethanien) . . . | 69 | 290 | 86 | 17 | 3 | — | 38 | — | — | 1 | 6 | 2 | 157 |
| 30. | Braunschweig . . | 70 | 101 | 22 | 6 | 2 | — | 7 | 5 | — | — | — | 3 | 45 |
| 31. | Frankfurt a. M. . | 70 | 118 | 26 | 10 | 4 | — | 8 | — | 1 | — | — | — | 51 |
| 32. | Flensburg . . . | 74 | 158 | 26 | 13 | 4 | — | 12 | — | — | 1 | 1 | — | 59 |
| 33. | Berlin (Paul-Gerhardt-Stift) . . | 76 | 257 | 65 | 5 | 2 | — | 26 | — | 3 | — | — | — | 101 |
| 34. | Hamburg (Bethlehem) . . . . | 77 | 88 | 9 | 2 | 3 | — | 2 | — | 2 | — | 1 | 1 | 21 |
| 35. | Ingweiler . . . | 77 | 28 | 5 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | 7 |
| 36. | Nowawes . . . | 79 | 166 | 46 | 7 | 8 | 1 | 38 | — | 1 | — | — | 3 | 113 |
| 37. | Mannheim . . . | 84 | 44 | 13 | 6 | — | — | — | — | — | — | — | — | 20 |
| 38. | Arolsen . . . . | 87 | 41 | 2 | 4 | 3 | — | 9 | 7 | — | — | 1 | — | 26 |
| 39. | Berlin (Magdalenenstift) . . | 88 | 52 | — | — | 1 | — | — | — | 6 | — | — | — | 11 |
| 40. | Sobernheim . . | 89 | 115 | 20 | 8 | 3 | 2 | 12 | 1 | 2 | — | 2 | — | 53 |
| 41. | Witten . . . . | 90 | 131 | 21 | 6 | 2 | — | 6 | 2 | — | — | — | — | 38 |
| 42. | Oldenburg . . . | 90 | 37 | 7 | 2 | 1 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 12 |
| 43. | Eisenach . . . | 91 | 59 | 11 | 6 | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | 19 |
| 44. | Leipzig . . . . | 91 | 66 | 24 | 6 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 31 |
| 45. | Frankfurt a. O. . | 91 | 55 | 14 | 4 | — | — | 3 | — | — | — | — | — | 21 |
| | Summa . . | — | 9769 | 1520 | 693 | 239 | 28 | 725 | 136 | 66 | 16 | 72 | 36 | 3664 |

Operationsschwester, Apothekenschwester) eignen, will Zimmer Offiziere und Mannschaften des Pflegewesens heranbilden. Die Offiziere sind die Vollschwestern, die Mannschaften die Pflegerinnen. Jene müssen die höhere Töchterschulbildung und eine besondere praktische Vorbildung mit gesteigerten Anforderungen, diese nur die praktische Vorbildung während eines Zeitraumes von 5 Jahren durchmachen. Auf diese Weise sind beide verschieden in ihren Stellungen und doch Berufsgenossinnen, Soldaten im Kampfe gegen Krankheit, Armuth und Gebrechen oder Helferinnen in Geburt und Wochenbett. Beide, Mitglieder einer grossen Genossenschaft mit gleicher Tracht, nur durch Abzeichen unterschieden, alle gut versorgt in der Gegenwart durch auskömmliches Gehalt und für die Zukunft durch Anspruch auf Pension oder Versorgung für den Fall des Alters, Unfalls und der Invalidität. Die Lernschwestern können sich nach Wahl neben der Erlernung der allgemeinen Krankenpflege eine sorgfältige Ausbildung in der psychischen Krankenpflege, in der Idiotenpflege und Heilpädagogik, in der Frauenpflege, die sich auch auf Erlernung der Hebammenkunst erstreckt, in der Gemeindepflege und in der Lehr- und Wirthschaftsdiakonie aneignen. Mit Rücksicht auf den Hebammenberuf ist diese Krankenpflegevorbereitung und Ausbildung von ganz besonderem Werth.

Der Diakonieverein hat es seit seiner Begründung (Mai 1894) zu einer ungeahnten Entwickelung gebracht. Während er im ersten Jahre seines Bestehens, im Juli 1894, mit 10 Schwestern arbeitete, zählte er im Juli 1895 139 Schwestern und am 20. Okt. 1897 im Ganzen 860 Mitglieder, von denen in der Krankenpflege 496, in der Lehrdiakonie 24, in der Wirthschaftsdiakonie 47 und in der Gefangenenpflege 1 thätig waren. Von den Krankenpflegerinnen befanden sich 167 in selbstständiger Stellung, waren also passive Mitglieder des Vereins, theilweise vom Verein in der Krankenpflege ausgebildet, theilweise nach einer auswärts empfangenen Ausbildung sich ihm nur anschliessend. Die activen Vereinsmitglieder zählten 308, die noch in der Lehrzeit oder seitens des Vereins und in Diakonieseminarien angestellt waren.[1])

### $\gamma$) Diakonissen ohne Verbindung mit dem Mutterhause.

Am 12. Februar 1883 schlossen sich die Gemeindepflegerinnen Berlins, die keinen Rückhalt an einem Mutterhause hatten, mit dem Hausgeistlichen des evangel. Vereins für kirchliche Zwecke in Berlin zu einem

„Tabeaverein für öffentliche Armen- und Krankenpflege“[2])

zusammen. Erster Vorsitzender war Prediger Hülle, der sich jedoch im Jahre 1887 von der Leitung ganz zurückzog. Seitdem ist Fräulein v. Hobe Vorsitzende und Leiterin des Tabeavereins. Er ergänzt sich aus Diakonissen, die ihr Mutterhaus nur aus Gründen verlassen haben, die keinen Makel auf ihr sittliches Verhalten werfen. Der Tabeaverein hat sich verpflichtet, im Falle des Krieges sofort seine

---

[1]) Ueber die Bedingungen zur Aufnahme in den Diakonieverein oder zur Aufnahme in den Schwesternverband des Vereins vgl. die Schrift Zimmer's: „Der evangelische Diakonieverein, seine Aufgaben und seine Arbeit, V.—VII. Auflage, Herborn 1897, Verlag des evangel. Diakonievereins (Preis 1 M.)“.

[2]) Aus dem Statut sei Folgendes erwähnt:

„Der Vorstand des Tabeavereins für öffentliche Armen- und Krankenpflege vermittelt die Anstellung von solchen Schwestern, welche als Gemeindepflegerinnen in einem Diakonissen-Mutterhause ausgebildet sind, aber um irgend welcher nicht ehrenrührigen Ursache willen genöthigt waren, aus dem Verbande des Mutterhauses auszuscheiden. Der Tabeaverein sucht solchen Schwestern einen Ersatz für den man-

Schwestern dem Vaterländischen Frauenverein zur Verfügung zu stellen, was in jedem Vertrag, den der Verein mit den Stationsvorständen schliesst, bestimmt wird. Die Zahl beschränkt sich auf 30 Schwestern, die meist in der Gemeindepflege arbeiten. Durch Quartalsbriefe, die von der Vorsitzenden geschrieben werden, wird die Verbindung untereinander erhalten und alle 2 Jahre findet eine Conferenz in Berlin statt, zu der sich die Schwestern, soweit dies möglich, vollzählig einfinden. Der Tabeaverein ist schon mancher Schwester, der aus irgend einem Grunde ein längeres Bleiben im Mutterhause unmöglich war, eine Heimath geworden und hat dazu beigetragen, die als Diakonisse erworbenen Fähigkeiten und Ausbildung weiter nutzbar zu machen für Arme und Kranke.

---

gelnden Halt und die religiöse Pflege zu gewähren, indem er bestrebt ist, ihre Gaben und ihre Thätigkeit der öffentlichen Armen- und Krankenpflege zu erhalten.

Der Tabeaverein kann eine Verantwortung für das sittliche und religiöse Verhalten einer Schwester nur insoweit übernehmen, als die Schwester den Anordnungen des Vorstandes sich fügt. Thut sie dies nicht, oder giebt sie sonst Aergerniss, so wird sie aus dem Tabeaverbande ausgestossen.

Aufnahme in den Verband finden Schwestern, die einen guten Leumund haben, von entschieden christlicher Gesinnung sind, eine gründliche technische Ausbildung erfahren haben und sich verpflichten, die Schwesterntracht niemals abzulegen. Dabei wird es ihnen zur Pflicht gemacht, nicht mehr die Tracht des Mutterhauses zu tragen, sondern möglichst einheitlich die des Tabeaverbandes. Als wesentlich gilt die vorgeschriebene Haube nebst Kopftuch des Tabeavereins mit blauer Litze. Ferner wird den Schwestern zur Pflicht gemacht, zur Unterscheidung von den mit einem Mutterhause in Verbindung stehenden Diakonissen, sich niemals „Diakonissin", sondern stets „Schwester" zu nennen.

Der Vorstand des Tabeavereins behält sich vor, monatlich einmal ein Rundschreiben an die Schwestern des Verbandes zu senden und die Schwierigkeiten, die zwischen den Schwestern und ihren Auftraggebern entstehen, zu vermitteln."

Entwurf eines Kontraktes für Anstellung einer Schwester des Tabeavereins:

Zwischen . . . . . und dem Tabeaverein für öffentliche Armen- und Krankenpflege zu Berlin, wird folgender Vertrag abgeschlossen:

§ 1. Der Vorstand des Tabeavereins stellt dem . . . . eine Schwester zur Verfügung, welche bestimmt ist, unter Aufsicht des . . . . oder der von demselben bestellten Organe den Armen und Kranken in der Stadt N. N. und Umgegend zu dienen.

§ 2. Die Schwester hat die Pflicht, die Armen und Kranken der Stadt N. N. und Umgegend zu besuchen, ihre Bedürfnisse zu erforschen und für die Befriedigung derselben durch eigene Bemühung, Fürsprache und Verwendung bei Vereinen oder wohlhabenden Gemeindegliedern zu sorgen; sie überbringt die Gaben und wacht über deren Verwendung, leistet den Kranken persönliche Hilfe, soweit solches erforderlich ist, auch ausnahmsweise durch einzelne Nachtwachen. Jedoch darf sie nicht zwei Nächte hintereinander wachen und muss, wenn sie gewacht hat, am Tage 4 bis 5 Stunden schlafen. Wenn der Kranke länger als 8 Tage Nachtwache bedarf, so wacht die Schwester nur die 3. Nacht. Bei männlichen Kranken hat sie nur soweit zu pflegen, als das weibliche Zartgefühl es nicht verletzt. Sie ist zur Führung eines Armenkrankenjournals verpflichtet, welche sie als Ausweis ihrer Thätigkeit auf Verlangen dem . . . . vorzulegen hat. Ausserdem ist sie zu einer sie äusserlich als Diakonissin kennzeichnenden Tracht verpflichtet.

§ 3. Der . . . . verpflichtet sich, der Schwester ein monatliches Gehalt von

### δ) Vereinigungen zur Förderung der Anstalts- und Gemeindediakonie.

1. Der Verein für weibliche Diakonie in Magdeburg.

Der am 19. Oktober 1869 gegründete Verein ist auf milde Gaben, Legate und auf das für gepflegte Kranken zu zahlende Pflegegeld angewiesen, er besitzt Korporationsrechte und verfolgt den Zweck, „den Armen und Kranken der Stadt die Wohlthat einer geregelten, zweckmässigen, vom Geiste Christi getragenen Armen- und Krankenpflege angedeihen zu lassen.“

Der Verein ist ein sehr nützliches Organ der öffentlichen Armenpflege und mit dem kirchlichen Gemeindeleben der Stadt Magdeburg eng verbunden. Im März 1874 wurde ein Vereinshaus: „Bethanien“ bezogen, in dem 30 Betten, 6 für Erwachsene und 24 für Kinder, zur Unterstützung der Armenkrankenpflege untergebracht werden können. Die Ausbildung der vom Verein beschäftigten Schwestern erfolgt im Diakonissen-Mutterhause Bethanien in Berlin, die Schwestern bilden zu ihrer Hülfe eine Anzahl Frauen, meist Wittwen, aus, die sie in der Armen- und Krankenpflege kennen gelernt und geeignet gefunden haben. Diese Pflegerinnen übernehmen unter der Oberaufsicht der Schwestern die Krankenpflege in wohlhabenderen Familien für bestimmte Sätze. Sie werden auch nach auswärts entsandt.

---

60 M. zu geben, ausserdem Wohnungsentschädigung (höchstens 180 M. jährlich) nebst Erhaltung des Stationsinventars, ärztliche Behandlung, Arznei und Pflege in Krankheitsfällen und im Falle des Todes ein anständiges Begräbniss.

§ 4. Die Schwester darf von Pfleglingen oder deren Angehörigen für ihre Person keine Geschenke annehmen, sondern hat solche zum Besten der Station oder ihrer Armen zu verwenden.

§ 5. Die Schwester hat das Recht, jährlich eine Ruhezeit von 3—4 Wochen zu nehmen, zu einer Zeit, wo es am wenigsten störend für ihren Beruf ist. Der . . . . verpflichtet sich, die Reisekosten bis zu 30 M. zu vergüten.

§ 6. Der . . . . verzichtet vorweg auf die Geltendmachung aller aus diesem Vertrage, welchen die Schwester N. N. mit zu unterzeichnen hat, abzuleitenden Entschädigungsansprüche an den Tabeaverein für den Fall, dass die genannte Schwester eigenmächtig ihre Stellung in N. N. verlässt und kontraktbrüchig wird.

§ 7. Dieser Kontrakt tritt am . . . . in Kraft und wird vorläufig auf ein Jahr abgeschlossen unter dem beiderseitigen Vorbehalt vierteljährlicher Kündigung. Diese Kündigung ist rechtsgiltig, auch wenn sie nur von der Schwester und nicht von dem Tabeavereine vollzogen ist.

§ 8. Vorstehender Vertrag, für welchen der . . . . die Stempelgebühr übernimmt, wurde zweimal ausgefertigt, von den Vertragschliessenden unterzeichnet und jedem derselben ein Exemplar zugestellt.

So geschehen Berlin, den

(Unterschriften.)

Anmerkung: In Fällen, wo der Schwester völlig freie Station gewährt wird, wird § 6 dem entsprechend abgeändert und lautet:

„Der . . . . verpflichtet sich, der Schwester freie Station nebst freier Wohnung zu geben bei Erhaltung des Stationsinventars.

An Gehalt erhält die Schwester ausser der freien Station und Wohnung jährlich mindestens 225 M., in der Regel 300 M., dazu ärztliche Behandlung und Pflege in Krankheitsfällen und im Falle des Todes ein anständiges Begräbniss.“

Die Leitung des Vereins liegt einem Kuratorium von 20 Damen und 11 Herren ob.

2. Der Berliner Lokalverein des Evangelisch-kirchlichen Hülfsvereins.

Die Gründung des Evangelisch-kirchlichen Hülfsvereins, der die Abhülfe aller kirchlichen und sittlichen Noth im ganzen Lande bezweckt, ist der hochherzigen Initiative Sr. Majestät des Kaisers Wilhelm II., des damaligen Prinzen Wilhelm, und Ihrer Majestät der Kaiserin Auguste Viktoria zu verdanken. Der Berliner Lokalverein hat auf Anregung Ihrer Majestät der Kaiserin seit 1890 damit begonnen, in Berlin Pflegestationen für häusliche Krankenpflege einzurichten und mit Diakonissen aus den verschiedensten Mutterhäusern zu besetzen. Zumeist in armen Familien wird die Pflege von schwer Erkrankten, in erster Linie Frauen, soweit nöthig, Tag und Nacht übernommen, zugleich unter Fürsorge für die Wirthschaft und die Kinder der durch Krankheit der Hausfrau in ihrer Existenz bedrohten Familien. Während im Jahre 1890 7 Stationen mit 35 Diakonissen eingerichtet waren, zeigt der Bericht über 1896 einen Zuwachs auf 13 Stationen mit 90 Diakonissen. In zahlreichen Fällen wurden auch Johanniterschwestern zur Aushülfe herangezogen. Nach Abzug der Aufwendungen für Hülfskräfte und Pflegemittel betragen die Kosten für die Wohnung, den Haushalt und das an das Mutterhaus zu zahlende Gehalt der Diakonissen[1]) durchschnittlich für die Diakonisse 756 Mark und ohne das Gehalt 515 Mark.

ε) Der Johanniterritterorden neuer Form.

König Friedrich Wilhelm IV. von Preussen hat sich um die Krankenpflege, wie um die Werke der Barmherzigkeit überhaupt ein unsterbliches Verdienst erworben. Seinem hochherzigen Eifer für alle Liebeswerke ist auch die Wiederaufrichtung des Johanniterordens Balley Brandenburg zu verdanken.

In einem Briefe vom 14. Juni 1855 spricht sich der Königliche Stifter einem deutschen Fürsten gegenüber über seine Absichten und über den alten entarteten

---

[1]) Die Bestimmungen unter denen die Diakonissen der Berliner Pflegestationen häusliche Krankenpflege übernehmen, lauten wie folgt:

„1. Die Pflege wird von den Diakonissen unentgeltlich und ohne Unterschied der Confession geübt. Die Diakonissen nehmen ihre Hauptmahlzeit auf ihrer Station ein; im Uebrigen sorgen sie selbst für ihre Beköstigung.

2. Die Pflege der Diakonissen erstreckt sich zunächst auf Frauen und Kinder. Bei Männerkranken werden Pflegeakte, welche die weibliche Sittsamkeit verbietet, von den Diakonissen nicht ausgeübt, daher wird die volle Pflege von Männerkranken nur dann übernommen, wenn andere geeignete Hülfe, wie Mutter und Ehefrau, zur Hand ist. Nachtpflegen in Zimmern, in denen männliche Personen von über 12 Jahren schlafen, sind ausgeschlossen; in Nothfällen kann die vorstehende Diakonisse die Altersgrenze auch bis zu 14 Jahren ausdehnen. Männliche Leichen werden von den Diakonissen nicht besorgt.

3. Je nach Wunsch, Befinden und Bedürfniss des Patienten liest die Diakonisse aus der heiligen Schrift oder Gesangbuch oder einem anderen passenden Buche vor.

4. Sowie die Diakonisse die Anordnungen des Arztes im Allgemeinen ausführt, wird sie auch über Lüftung, Reinigung des Zimmers und insonderheit über das Maass des Besuches und der Unterhaltung im Interesse des Kranken wachen.

Johanniterorden wie folgt aus: „Der Johanniterorden evangelischer Zunge ist in edelster Form und ohne die „fette Bäuche machenden“ fetten Commenden wieder aufgelebt und der Königlich Preussische St. Johanniterorden, der von 1810—1853 so „gesuchte Waare“ und so verschwendet gewesen ist, ist ins Reich der Schatten zurückgesunken, und ist eine „in christlichen Liebeswerken thätige“ evangelische Adelskongregation für ganz Deutschland an die Stelle getreten. Vor der Auflösung Anno 1810 war unser Orden zu einer einträglichen Farce herabgesunken, was der Umstand schon allein beweist, dass dieser sehr reichen Genossenschaft der Ritter „St. Johannis vom Spital“ kein einziges Spital übergeben war! Jetzt erhebt sie sich wieder auf, mit und durch Einrichtung von Spitälern, wie bei ihrer ersten Stiftung im heiligen Lande. Ich bin glücklich, in der Lage gewesen zu sein, den Anstoss dazu geben zu können, und noch hundertmal glücklicher, dass der Anstoss verstanden und gewürdigt worden ist. Es betrübt mich wahrhaft, dass die alten Lokalverhältnisse der Balley Brandenburg dem Brandenburgischen Souverain (als Protektor und Landesherrn derselben) die Ehre versagen, das linnene Kreuz selber anzulegen. Denn wahrlich, es hätte sich kein evangelischer König und Souverain zu schämen ein Ordensmitglied zu sein!...“

Durch die Kabinetsordre vom 15. Oktober 1852 und durch die zu den Ordensstatuten vom 24. Juni 1853 ergangene Allerhöchste Bestätigungsurkunde vom 8. August 1853 liess Friedrich Wilhelm IV. den Orden und zwar als Balley Brandenburg und in der alten Verfassung bezüglich der Stellung des Ordens zur Landesherrlichen Gewalt unter Aufhebung der entgegenstehenden Bestimmungen des Säkularisationsediktes vom 30. Oktober 1810 und der Urkunde über die Auflösung der Balley Brandenburg vom 23. Januar 1811 von Neuem erstehen.

Ueber die alte Verfassung und die Stellung des alten Ordens zu den Behörden in Brandenburg-Preussen sei kurz Folgendes rekapitulirt: Die Balley Brandenburg des Ordens der Ritter St. Johannis vom Spital ist stets vom Landesherrn abhängig gewesen, wie wir aus dem Vergleich des Ordens mit dem Markgrafen Waldemar in Kremmen 1318, aus der Huldigung des Ordens 1415 gegenüber dem mit der Markgrafschaft Brandenburg belehnten Burggrafen Friedrich von Nürnberg und dem Verlaufe der Ordensgeschichte gesehen haben. Die Brandenburgisch-preussischen Fürsten haben auch stets die landesherrlichen Rechte über den Orden ausgeübt, doch stand

---

5. Die am Tage dauernd pflegende Diakonisse soll sich regelmässig eine Stunde in freier Luft bewegen; am Sonntage besucht sie den Gottesdienst, wenn es sich ohne Schädigung des Kranken einrichten lässt. Sonstige Ausgänge übernimmt die Diakonisse nur zum Arzt, sowie zum Seelsorger oder den Organen der kirchlichen Gemeindepflege. Die Art und Weise der Nachtwachen wird von der vorstehenden Diakonisse bestimmt.

6. Die Diakonisse nimmt für ihre Person keine Gabe als Entgelt für die Pflege an, auch kein Andenken.

7. Ist ein Pflegling gestorben, so besorgt, wäscht und kleidet die Diakonisse die weibliche oder Kinderleiche und stellt in den Krankenzimmern die geziemende Ordnung wieder her, alle übrigen Besorgungen sind Sache der Angehörigen. Dem Leichenbegängniss ihrer verstorbenen Pfleglinge folgen die Diakonissen in der Regel nicht.

8. Die leitende Diakonisse wird sich von Zeit zu Zeit überzeugen, ob alle Pflegebedürfnisse vorhanden, und sich nach dem Ergehen von Diakonisse und Patient erkundigen.

9. Werden vorstehende Bedingungen nicht beachtet, so kann die pflegende Diakonisse jederzeit zurückgezogen werden.“

der Orden und seine Regierung nie unter einer Staatsbehörde, sondern direkt unter dem Fürsten, an den sich der Herrenmeister ohne Zwischeninstanz zu wenden hatte. Bei der Wahl eines neuen Herrenmeisters ernannte der Fürst 2 Kommissare, die die Wahl leiteten.

Im Allgemeinen Landrecht waren die §§ 1070, 1071 und 948 Titel 11 Theil II auf die Orden bezüglich eingefügt worden:

„§ 1070. Der Deutsche und der Malteser- oder Johanniter-Orden geniessen bei ihren innerhalb der Königlichen Staaten zu betreibenden Geschäften die Rechte der geistlichen Korporationen.

§ 1071. Die inneren Verfassungen dieser Orden, sowie die Rechte und Pflichten ihrer Oberen und Beamten müssen in vorkommenden Fällen lediglich nach den Statuten des Ordens beurtheilt werden.

§ 948. Die Rechte des Staates über solche geistliche Gesellschaften und deren Vermögen sind hauptsächlich nach den von ihm bestätigten Grundverfassungen, nach den vorhandenen Rezessen und Verträgen und nach den die Angelegenheit derselben betreffenden Friedensschlüssen und anderen Traktaten zu beurtheilen."

Aus den Ordensstatuten vom 24. Juni 1853 sei Folgendes erwähnt: An der Spitze steht der Herrenmeister, der vom Kapitel gewählt wird. Dies wird von den Kommendatoren gebildet, die aus der Zahl der Rechtsritter und zwar immer für jede Provinz je einer vom Herrenmeister ernannt werden. Die Kommendatoren haben unter der durch die Provinzialstatuten festgestellten Mitwirkung der Provinzialkonvente, wo solche bestehen, die Oberaufsicht über die Ordensspitäler und sonstigen etwaigen Stiftungen und Anstalten innerhalb ihrer Provinz zu führen, die Ordenseinkünfte innerhalb derselben einzuziehen, die Provinzialetats zu entwerfen, die Provinzialrechnungen zu legen und dem Herrenmeister über ihre Verwaltung zu berichten. Ausser den Rechtsrittern giebt es Ehrenritter, die auf Vorschlag des Herrenmeisters vom Könige ernannt werden und vom Herrenmeister ihre Bestallung erhalten, sie sind dem Orden affiliirt und erhalten dadurch die Anwartschaft zum Rechtsritter. Die Zahl der Ehren- wie der Rechtsritter ist unbeschränkt. Die Ehrenritter erhalten nicht den Ritterschlag und werden auch nicht im Kapitel eingeführt. Die Rechtsritter sollen dem Ordensgelübde[1]) gemäss leben und handeln.

---

[1]) Ueber das Gelübde bestehen folgende Bestimmungen: „Wer in die evangelische Balley des ritterlichen Ordens des heiligen Johannis vom Spital zu Jerusalem als Ritter aufgenommen wird und die Zeichen des Ordens angenommen hat, der hat öffentlich in der Versammlung der Ritter vor Gott zu bekennen und zu geloben:

1. dass er der christlichen Religion, insbesondere dem Bekenntnisse der evangelischen Kirche, mit treuem Herzen anhangen, das Ordenskreuz auf der Brust als Zeichen seiner Erlösung tragen, des Evangeliums von Jesu Christo sich nirgend schämen, dasselbe vielmehr durch Wort und That bekennen, gegen die Angriffe des Unglaubens muthig und ritterlich vertheidigen und einen diesem Bekenntnisse würdigen Wandel, in Gottesfurcht, Wahrheit und Gerechtigkeit, züchtiger Sitte und Treue führen wolle.

2. Insbesondere hat er zu bekennen,

dass er den Kampf gegen den Unglauben, den Dienst und die Pflege der Kranken, als Zweck des Johanniterordens anerkennt,

und demgemäss zu geloben,

dass er gegen die Feinde der Kirche Christi und gegen die Zerstörer göttlicher und menschlicher Ordnungen überall einen guten und ritterlichen

In den §§ 37—39 der Ordensstatuten werden die Zwecke des Ordens behandelt:

„§ 37. Der Orden errichtet, soweit seine Mittel es gestatten, im ganzen Lande Krankenhäuser und seinen Zwecken entsprechende Anstalten, erstere vornehmlich in kleineren Städten für die Kranken aus denselben und dem platten Lande, auch übernimmt er die Leitung solcher Krankenhäuser und Anstalten, welche seinem Schutze anvertraut werden und seiner Regel sich unterwerfen.

§ 38. In Sonnenburg soll ein Musterkrankenhaus eröffnet werden.

§ 39. In der Regel soll die Krankenpflege in den dem Orden unterworfenen Anstalten von keinen Lohnpflegern verrichtet werden, sondern von Pflegern und Pflegerinnen, welche diesem Dienst sich in freier Liebesthätigkeit widmen, die nach abgelegter Prüfung als dienende Brüder und Schwestern in den Orden aufgenommen werden und ein entsprechendes Ordenszeichen erhalten.“

Am 24. Juni 1853 hielt Prinz Karl von Preussen als Herrenmeister in seinem Palais am Wilhelmsplatze, das früher dem Johanniterorden gehörte, das erste Kapitel der wiederaufgerichteten Balley ab. Es wurden die Organisationsgenossenschaften in den damaligen 8 Provinzen des preussischen Staates ins Leben gerufen. Später bildeten sich mit Genehmigung des Ordenskapitels nach und nach in Württemberg, Mecklenburg, Hessen, Königreich Sachsen, Baden, Hannover, Schleswig-Holstein und Bayern gleichfalls Genossenschaften.

In Jerusalem erwarb und gründete der Orden 1858 an der Stätte seiner ersten Thätigkeit vor circa 750 Jahren, an der via dolorosa, ein Hospiz. Dieses gewährt nicht allein Vermögenden gegen Erstattung der Selbstkosten Verpflegung, sondern nimmt auch unbemittelte Reisende, Handwerker und ähnliche Wanderer auf, die darin 15 Tage hindurch unentgeltlich gute Wohnung und Beköstigung erhalten, nach dem Vorbild des alten Ordens. Im Jahre 1861 gründete der Orden in Syrien das Kranken-

---

Kampf kämpfen, sowie nach besten Kräften die christliche Krankenpflege des Ordens begünstigen, fördern und verbreiten wolle.

3. Hat er zu bekennen und zu geloben, dass er Seiner Königlichen Majestät von Preussen, dem Landesherrn und hohen Patron der Balley, stets unter allen Umständen getreu, gewärtig und gehorsam sein, die Wohlfahrt und das Beste des Vaterlandes suchen und erstreben und mit Daranwagung Leibes und Lebens für den König und das Vaterland muthig und unerschrocken streiten wolle.

Für Ausländer tritt an Stelle des Gelübdes ad 3 folgende Erklärung:

3. Hat er zu bekennen und zu geloben, dass er Seiner Königlichen Majestät von Preussen, dem hohen Patron in Ordenssachen, treu, hold und gewärtig sein und zugleich durch sein Beispiel in Unterthanentreue gegen seinen angestammten Souverain vorleuchten und dem Orden Ehre machen wolle.

4. Er hat zu bekennen und zu geloben, dass er die drei Schläge, welche er mit dem Schwerte vom Herrenmeister empfangen hat, für sein Letztes halten und gelitten haben will.

5. Endlich hat er zu bekennen und zu geloben, dass er die Ehre des Ordens überall wahren, sein Bestes befördern und den Oberen im Orden, besonders einem jeden regierenden Meister in diesem Meisterthume, nach den Statuten des Ordens, stets willigen Gehorsam mit aller Treue und Ehrerbietung leisten und in allen Stücken und an allen Orten, daheim und öffentlich, in eigenen und fremden Sachen, sich, wie es einem christlichen Ritter geziemt, halten und erweisen wolle.“

(Durch Handschlag ist vorstehendes Gelübde dem Durchlauchtigsten Herrenmeister und Kommendatoren zu bestätigen.)

haus in Beirut mit 55 Betten. Allgemein bekannt ist die hervorragende Theilnahme, die der Orden in den Kriegen 1864, 1866 und 1870/71 an der freiwilligen Krankenpflege nahm. Im Kriege gegen Frankreich gab der Orden allein eine halbe Million Mark zu wohlthätigen Zwecken aus. Ebenso bewährte sich der Orden in verschiedenen Epidemien, so 1868 bei einer Typhusepidemie in Ostpreussen. Auch zur Zeit der Cholera hat der Orden seine helfende Hand über den bedrängten Gegenden walten lassen. Ueber die gegenwärtige Zahl und Thätigkeit seiner Mitglieder ist Folgendes zu bemerken: In den 16 Genossenschaften der Balley Brandenburg waren am 1. Januar 1898 im Ganzen 2495 Mitglieder im Sinne des Ordensstatuts thätig. In 47 Kranken-, Rekonvaleszenten- und Siechenhäusern des Ordens wurden im Jahre 1896 (13 im Ganzen) 13520 Personen an zusammen 544902 Tagen ärztlich behandelt und verpflegt. Der Orden verfügt heute über mehr als 700 dienende Schwestern, die auf Kosten des Ordens in Diakonissenhäusern ausgebildet sind, besondere Tracht tragen und von Zeit zu Zeit, gleichsam wie die Reserveoffiziere der Krankenpflegerinnenarmee zur Dienstleistung in Krankenhäusern oder in die Familien zur Krankenpflege eingezogen werden. Nach dem übereinstimmenden Urtheile der Aerzte, die mit den Johanniterschwestern beruflich zu thun gehabt haben, haben sich diese gut bewährt und leisten zuweilen Vorzügliches.

Für den Fall des Krieges kann der Orden sogleich auf 494 felddienstfähige Johanniterschwestern rechnen, zu diesen treten noch 1520 Diakonissen, die sich vertragsmässig dem Orden anschliessen, so dass dieser mit 2014 gut geschulten Krankenpflegerinnen zur Krankenpflege im Kriege eilen kann.

## 3. Die Vereine für jüdische Krankenpflegerinnen.

### α) Der Verein für jüdische Krankenpflegerinnen in Frankfurt (Main).

wurde im März 1893 gegründet mit dem Zweck, 1. jüdische Mädchen zu Krankenpflegerinnen heranzubilden, die allen an tüchtige Krankenpflegerinnen zu stellenden Anforderungen Genüge leisten, 2. unter Leitung des Vereins ausgebildete, beziehungsweise geprüfte jüdische Krankenpflegerinnen (Schwestern) gegen festzustellendes Honorar, auf Erforderniss auch unentgeltlich als Armen-Krankenpflegerinnen dem Publikum ohne Unterschied der Konfession zur Verfügung zu stellen. Der Vorstand besteht aus 9 Mitgliedern, unter denen mindestens 2 Aerzte sein müssen.

Als Schülerinnen werden aufgenommen Mädchen jüdischer Konfession, die zwischem dem 21. und 36. Jahre stehen (Ausnahmen sind gestattet), sich eines tadellosen Rufes erfreuen, vollständig gesund und ununterbrochen arbeitsfähig sind (insbesondere dürfen Störungen des Nervensystems nicht vorliegen), mindestens tüchtige Elementarkenntnisse besitzen und Uebung in den gewöhnlichen häuslichen Verrichtungen haben. Die Ausbildung geschieht im jüdischen Hospital in Frankfurt a. M. Die Lehrzeit dauert in der Regel ein Jahr. Innerhalb des ersten Vierteljahres (Probezeit) kann die Schülerin auf Antrag der ausbildenden Aerzte wegen Untauglichkeit zur Krankenpflege aus dem Verein entlassen werden, später soll die Entlassung nur stattfinden, wenn grobe Pflichtverletzung vorliegt. Der Schülerin steht es jederzeit frei, nach 14tägiger Kündigung bei ihren Vorgesetzten ihr Verhältniss zum Verein zu lösen.

Nach vollendeter Lehrzeit erhalten die Pflegerinnen, die sich bereit erklären, sich den Zwecken des Vereins mindestens 3 Jahre hindurch zu widmen, das Diplom als Vereinschwester. Sie unterstehen dann einer auf 3 Jahre gewählten Oberin, geniessen völlig freie Station einschliesslich Wäsche, sowie im Erkrankungsfalle eine

ihrer Stellung entsprechende Verpflegung, ferner freie Dienstkleidung und aus der Vereinskasse ein jährliches Gehalt, und zwar in den ersten zwei Jahren 360 Mark, von da ab alle zwei Jahre um je 60 Mark steigend, bis zum Höchstbetrage von 600 Mark. Geschenke oder irgend welche Vergütung dürfen die Schwestern nicht annehmen, vielmehr erhebt der Verein das Pflegehonorar zu Gunsten seiner Kasse. Im Falle der Dienstunfähigkeit gewährt der Verein den Schwestern eine standesgemässe Existenz.

Am Schlusse des Jahres 1897 waren 15 Vereinsschwestern vorhanden, die nach § 12 der Bestimmungen für die Schwestern der Verein im Kriegsfall thunlichst dem Sanitätsdienst zur Verfügung stellt (für das Jahr 1898 im Ganzen 12).

### β) Der Verein für jüdische Krankenpflegerinnen in Berlin.

Die jüdische Gemeinde in Berlin hat sich seit Jahrhunderten der Krankenfürsorge ihrer Mitglieder besonders lebendig gewidmet. Schon ums Jahr 1573 soll sie in der Gegend zwischen Gollnow- und Landwehrstrasse ein Armen-Krankenhaus besessen haben. Auch später nach der Wiederzulassung der Juden in Berlin durch den Grossen Kurfürsten wurde die Kranken- und Armenpflege in der dortigen jüdischen Gemeinde lebhaft gefördert durch die Gesellschaft Chebrath Bitua cholim, die auch wieder ein Armen- und Krankenhaus errichtete. Im Jahre 1735 fungirte als Arzt Benjamin de Lemos, ein Portugiese, der Vater der vielgenannten Henriette Herz, Gattin des Dr. Markus Herz, des Schülers Kants. Damals wurde auch den armen Wöchnerinnen eine besondere Fürsorge zu Theil, die in eigens für sie eingerichteten Gemächern verpflegt und behandelt wurden. Seit dem Jahre 1753 wurden die Kranken und Gebrechlichen in dem sogenannten „jüdischen Lazareth" in der Oranienburger-Strasse 7 u. 8 untergebracht und verpflegt. Am 100jährigen Stiftungstage der Brüderschaft der Krankenpflege wurde jenes zu einer Krankenpflegeanstalt der jüdischen Gemeinde mit einem ganz bedeutenden Fonds erweitert, der den Namen „Jubelfond des jüdischen Krankenpflegeinstituts zu Berlin" erhielt. Im Jahre 1821 wurden alle Wohlthätigkeitsveranstaltungen und Fonds durch ein Statut (24. Oct. 1822 von der Vertretung genehmigt) mit dem zur „Krankenverpflegungsanstalt der jüdischen Gemeinde" umgewandelten Lazareth in der Oranienburger-Strasse vereinigt.

Schon im Jahre 1837 hatten die Aerzte des alten Krankenhauses die Nothwendigkeit eines Neubaues betont, doch musste damals aus verschiedenen Gründen davon abgesehen werden, einen solchen zu verwirklichen. Jetzt fasste man in der jüdischen Gemeinde den Beschluss, eine Anstalt zu gründen, die von der jüdischen Gemeinde erhalten, aber für Leidende und Kranke aller Konfessionen geöffnet sein sollte. Ohne Anwendung eines religiösen Zwanges sollte nur die praktische Konsequenz der religiösen Humanität und Liebe bei den Kranken in Anwendung gebracht werden. Im Jahre 1857 wurde ein Grundstück in der Auguststr. Nr. 14 u. 15 erworben. Am 3. September 1861 wurde dann das neue jüdische Krankenhaus eingeweiht, bestimmt zur Aufnahme von etwa 100 Betten, später schlossen sich noch, ebenfalls nur durch freiwillige Beiträge wohlthätiger Mitglieder der jüdischen Gemeinde gegründet, an: das pneumatische Kabinet, der Pavillon zur Evacuation bestimmt, das Obductionshaus, die Gartenhalle als Rekonvaleszentenaufenthalt (überbaut), die Diphtheriebaracke, die Einrichtung der Poliklinik und das Siechenhaus, das am 17. April 1876 eröffnet wurde. Im Laufe der Jahrzehnte hatte sich der Wunsch rege gemacht, weibliche Personen jüdischer Konfession zu Krankenpflegerinnen von Beruf auszubilden, man hatte versucht, solchen Personen vorübergehende Aufnahme in die bereits bestehenden Ordensgenossenschaften und Schwesternverbände zum Zweck der Ausbildung zu verschaffen. Diese

jedoch hatten stets eine konfessionelle Sonderung beobachtet und die Aufnahme der Jüdinnen verweigert. Als dann im Jahre 1893 in Frankfurt a. M. der Verband pflegender jüdischer Schwestern gebildet worden war, die ihre berufsmässige Ausbildung in dem dortigen israelitischen Hospital erhalten, wurde auf Veranlassung von Frau Gerson-Liebermann und Herrn L. Sachs zu Beginn des Jahres 1894 in Anlehnung an das Frankfurter Beispiel nunmehr auch in Berlin ein Verein für jüdische Krankenpflegerinnen gegründet, der es sich zur Aufgabe stellt, jüdischen Mädchen und Frauen einen neuen Berufszweig zu eröffnen, indem er sie zu tüchtigen Krankenpflegeschwestern heranzubilden strebt.[1]) Zur Zeit gehören dem Verein 20 ausgebildete und 12 lernende Schwestern an, die in der Privatpflege und im Krankenhause der jüdischen Gemeinde thätig sind. Seit 1894 sind 12 andere fertig ausgebildete Schwestern aus verschiedenen Gründen (Verheirathung, Pflege ihrer Eltern etc.) wieder ausgetreten. Die Zahl der bisher angenommenen Schülerinnen beträgt etwa 60, von denen jedoch ein erheblicher Bruchtheil wegen mangelhafter Qualifikation und aus anderen Gründen im Laufe der Lehrzeit wieder austraten. Weit grösser ist die Zahl der sich zum Eintritt meldenden Personen, von denen etwa nur der dritte Theil zur Einstellung gelangt, weil sie vielfach den Anforderungen an Bildung und Gesundheit nicht entsprechen.

Die Schwestern müssen eine Lehrzeit von einem vollen Jahre absolviren, während der sie in allen Abtheilungen des jüdischen Krankenhauses, auch in den Infektionsbaracken und 3 Monat im Operationssaal zu lernen haben; sie haben ein theoretisches Examen abzulegen und einen gründlichen Massagekursus durchzumachen, über den ebenfalls eine Prüfung erfolgt. In der Wochenbetts- und Säuglingspflege werden die Schülerinnen in der Königl. Charité ausgebildet, da das jüdische Krankenhaus keine Abtheilung für Wöchnerinnen hat.[2])

---

[1]) Vgl. P. Jacobsohn, Die Pflegerinnenschule des jüdischen Krankenhauses in Berlin. Zeitschr. f. Krankenpflege 1895, p. 337ff.

[2]) Regulativ für Schülerinnen des Vereins für jüdische Krankenpflegerinnen zu Berlin.

§ 1. Die Anmeldung zur Aufnahme geschieht möglichst durch persönliche Vorstellung, sonst schriftlich beim Vorstande. Die Entscheidung über die Aufnahme und den Zeitpunkt des Eintritts trifft der Vorstand.

§ 2. Bedingungen der Aufnahme sind;

1. ein Alter von 20 bis 30 Jahren, sofern nicht unter besonderen Umständen Ausnahmen zugelassen werden.
2. ein befriedigendes, in der Regel durch einen der dirigirenden Aerzte des jüdischen Krankenhauses auszustellendes Zeugniss über den Gesundheitszustand der Bewerberin;
3. eine ausreichende allgemeine Bildung.

Ausserdem sind bei der Meldung einzureichen:

a) ein von der Bewerberin selbst verfasster und eigenhändig geschriebener Lebenslauf;
b) ein Führungszeugniss der Ortsbehörde;
c) ein Geburtszeugniss;
d) das Abgangszeugniss von der Schule.

§ 3. Wird die Bewerberin als Schülerin aufgenommen, so hat sie sich schriftlich zu verpflichten, nach Ablauf ihres Ausbildungsjahres mindestens noch drei weitere Jahre als Pflegerin dem Verein, sei es in einem Krankenhause, in der Armen- oder Privatpflege thätig zu sein. Zur Sicherung dieser Verpflichtung hat sie eine Kaution von 100 Mark zu hinterlegen, deren Zinsen ihr zustehen.

### b) Die interkonfessionellen Krankenpflegevereinigungen.

Das Charakteristische dieser an Vorbildung und Ausbildung ihrer Mitglieder den konfessionellen Genossenschaften im Allgemeinen ebenbürtigen Vereinigungen ist, dass sie, wie die Armee, interkonfessionell, aber keineswegs konfessionslos oder irreligiös sind. — In hervorragender Weise wirkte auf die Bildung solcher Krankenpflegevereinigungen das Vorbild einiger Damen des Auslandes anregend, die in den schweren Zeiten der Kriegsnoth um die Mitte dieses Jahrhunderts Frauen und Jungfrauen zur Pflege verwundeter und erkrankter Krieger um sich versammelten und, als die Kriegsbedrängniss vorüber war, derartige Vereinigungen zu dauernden gestalteten, mit dem Zwecke, im Frieden Pflegepersonal, in erster Linie Pflegerinnen, in möglichst grossem Umfange ohne Rücksicht auf die Konfession auszubilden, damit im Kriege kein Mangel an Pflegern und Pflegerinnen vorhanden sei und im Frieden

---

Die erlegte Kaution erhält die Schülerin zurück, wenn sie als ungeeignet während des Lehrjahres entlassen werden muss, jedenfalls aber nach Beendigung einer dreijährigen Dienstzeit.

Wird die Schülerin während ihrer Lehrzeit wegen mangelhafter Führung entlassen oder kündigt sie während des Lehrjahres, so verfällt diese Kaution zu Gunsten der Vereinskasse.

§ 4. Die Schülerinnen werden zum Zweck der Ausbildung in der Regel einem jüdischen Krankenhause überwiesen. In diesem Falle findet der theoretische Unterricht daselbst nach Bestimmung der dirigirenden Aerzte statt.

§ 5. Die Lehrzeit dauert ein Jahr. Die Schülerin erhält während dieser Zeit Dienstkleidung, Wohnung, Beköstigung, Reinigung der Wäsche und nach Ablauf von sechs Monaten ein Taschengeld von monatlich 10 Mark.

§ 6. Die Schülerinnen haben sich streng an die Hausordnung des betreffenden Krankenhauses zn halten, sowie den Anordnungen ihrer Vorgesetzten unbedingt Folge zu leisten.

§ 7. Während der Dauer der Lehrzeit ist der Vorstand befugt, eine Probepflegerin, die sich als nicht geeignet zur Ausbildung erweist, ohne Angabe der Gründe jederzeit zu entlassen. — Ebenso hat während dieser Zeit die Probepflegerin das Recht, nach 14tägiger Kündigung auszuscheiden.

Nach Ablauf der Lehrzeit stellt der Vorstand der Schülerin ein von den ausbildenden Aerzten mit unterzeichnetes Zeugniss aus (§ 1 der Bestimmungen für die Schwestern pp.).

Bestimmungen für die Schwestern des Vereins für jüdische Krankenpflegerinnen zu Berlin.

§ 1. Nach vollendeter Lehrzeit werden die Pflegerinnen, welche sich bereit erklären, den Zwecken des Vereins mindestens drei Jahre hindurch sich zu widmen, unter die Vereinsschwestern aufgenommen und erhalten nach Ablauf dieser Zeit ein Diplom. Anderwärts ausgebildete Pflegerinnen können unter Vorlegung eines befriedigenden Zeugnisses nach Ablauf einer Probezeit von sechs Monaten auf Beschluss des Vorstandes als Schwestern aufgenommen werden.

§ 2. Sämmtliche Schwestern unterstehen einer vom Vorstande zu erwählenden

die bürgerliche Krankenpflege in genügender Weise unterstützt werde. Als im Krimkriege die englischen Lazarete durch Unreinlichkeit und Mangel an allem Nöthigen der Verwahrlosung anheimzufallen drohten, eilte eine heroische Frau, Miss Florence Nightingale, die in Paris und Kaiserswerth die Thätigkeit der barmherzigen Schwestern und Diakonissen einem eingehenden Studium unterzogen hatte, mit Genehmigung des Kriegssekretärs und in Begleitung von 40 Pflegerinnen nach dem Kriegsschauplatze und begann eine bewunderungswürdige Thätigkeit, zuerst in Skutari, dann in Balaklawa in der Krim, wo sie bis nach Beendigung des Krieges verblieb, bis im August 1856 der letzte Kranke entlassen oder in Familienpflege untergebracht war. Im Jahre 1855 war ihr noch Miss Stanley mit 50 Gefährtinnen nachgeeilt. Nach England zurückgekehrt, setzte Miss Nightingale ihre Thätigkeit im Dienste der Armen- und Krankenpflege unbeirrt fort. In ihrer Schrift: „Rathgeber für Gesundheits- und Krankenpflege" giebt sie ihren Grundsätzen beredten Ausdruck. Ihre bedeutendste Schülerin, Florence St. Lees, später Mrs. de Carven, gründete im Anschluss an das St. Thomashospital eine Schule für Krankenpflegerinnen mit dem ausdrücklichen Zweck, dem erkrankten Armen in seiner Wohnung Pflege darzubieten. Als nun nach Miss Nightingale's Rückkehr aus dem Krimkriege ihre dank-

---

Oberin und haben den Anweisungen der Oberin in dienstlicher Beziehung Folge zu leisten.

Die Oberin ist dem Vorstande untergeordnet und wird deren Dienst durch eine Instruktion vom Vorstande bestimmt.

§ 3. Die Schwestern geniessen völlig freie Station (Dienstkleidung, Kost, Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Wäsche) sowie im Erkrankungsfalle eine ihrer Stellung entsprechende Verpflegung und aus der Vereinskasse ein jährliches Gehalt, welches für die ersten zwei Jahre je 300 Mark beträgt, von da ab alle zwei Jahre um je 60 Mark bis zu einem Höchstbetrage von 600 Mark steigt.

Das Gehalt der Oberin wird vom Vorstande bestimmt.

§ 4. Jede Schwester hat von ihrem Gehalt jährlich den sechsten Theil durch monatliche Abzüge an den Schatzmeister des Vereins zu erstatten, welcher für sie ein Conto zu eröffnet hat.

Schwestern, welche nach mindestens drei Dienstjahren ohne jegliches Verschulden zum Austritt Veranlassung haben, empfangen alsdann das von ihnen eingezahlte Kapital nebst Zinsen zurück.

Bei früherem Ausscheiden verfällt indessen dieses Kapital zu Gunsten des eisernen Fonds.

Nach vollendeter zwanzigjähriger Dienstzeit steht der Pflegerin die freie Verfügung über das gesammte eingezahlte Kapital zu, auch dann, wenn dieselbe ferner im Dienste des Vereins verbleiben will.

§ 6. Es ist den Schwestern streng untersagt, für sich eine Belohnung anzunehmen, vielmehr erhebt der Verein das Pflegehonorar zu Gunsten seiner Kasse und sind etwa gewährte Geschenke an die Vereinskasse abzuliefern.

§ 7. Die Schwestern sind verpflichtet, über alle Vorgänge am Krankenbett Stillschweigen zu bewahren.

baren Landsleute einen Nightingalefonds von 50000 Pfund Sterling aufgebracht und ihr zur Verfügung gestellt hatten, bestimmte die hochherzige Frau, dass die Zinsen jenes Fonds dem Thomashospital und der in diesem errichteten Nightingaleschule zugute kommen sollten. So wurde die Schule der Metropolitan and national nursing association for providing for the sick poor mit ausreichenden Mitteln ausgestattet, die unter F. Nightingale's Mithilfe aus kleinen Anfängen zu einer grossartigen Ausbreitung gelangte und zur Begründung einer Anzahl ähnlicher Pflegerinnenschulen an verschiedenen Londoner und Provinzialhospitälern, sowie an einer Reihe von Privatanstalten führte.

Der eben genannte Krankenpflegerverein in England verlangt für seine Pflegerinnen eine sehr sorgfältige Vor- und Ausbildung. In das Zentralheim werden nur Damen aus den besten Ständen der Gesellschaft aufgenommen zur Ablegung einer gewissen Probezeit nach ihrer Meldung. Bewähren sie sich während dieser Zeit, so werden sie auf ein Jahr in das St. Thomashospital aufgenommen, um den vorgeschriebenen Kursus in der Krankenpflege durchzumachen. Es folgen weitere sechs Monate praktischer Uebung in der Gemeindepflege und theoretischer Unterricht der Aerzte. Durch eine Prüfung wird schliesslich die Ausbildung beendet.

Auf russischer Seite wurde im Kriege 1854 von der Grossfürstin Helene Pawlowna die Genossenschaft der Schwestern der Kreuzerhöhung gegründet. Mit reichen Mitteln wurden zunächst 125, später 300 Personen nach Sebastopol gesandt. Desgleichen wurde auch die von

---

§ 8. Schwestern, welche ohne zwingende Gründe freiwillig austreten oder wegen Pflichtwidrigkeit ausgeschlossen werden, verlieren jeden Anspruch an den Verein; ebenso die Schwestern, welche eine andere als die ihnen vom Verein zugewiesene Stellung annehmen.

§ 9. Jede Schwester soll, wenn irgend möglich, jährlich einen Urlaub erhalten.

§ 10. Im Kriegsfalle wird der Verein die Schwestern thunlichst dem Sanitätsdienste zur Verfügung stellen.

Dienst-Reglement für die Privat-Krankenpflege.

§ 1. Den Verkehr mit dem Publikum ordnet die Oberin oder deren Stellvertreterin, welche die angemeldeten Pflegen zu vertheilen hat.

§ 2. Die zur Krankenpflege bestimmten Schwestern sind verpflichtet, jede ihnen übertragene Pflege gewissenhaft durchzuführen und bei der Armen-Krankenpflege auch für Ordnung und Sauberkeit im Haushalt zu sorgen.

§ 3. Jede Schwester soll möglichst 1—2 Stunden täglich das Haus, in welchem sie pflegt, verlassen, um sich in frischer Luft zu erholen.

§ 4. Den Schwestern ist es im Interesse ihrer eigenen Gesundheit streng untersagt, mehr als zwei aufeinanderfolgende Nachtwachen zu leisten. Die zweite Nachtwache darf nur unter Zustimmung der Oberin oder deren Stellvertreterin geleistet werden, weitere Nachtwachen sind nur dann zulässig, wenn der Schwester während des Tages mindestens 4 Stunden Schlaf gewährt werden.

§ 5. Die Oberin oder deren Stellvertreterin ist befugt nach Einvernehmen mit einem ärztlichen Vorstandsmitgliede eine in Pflege befindliche Schwester durch eine andere zu ersetzen.

der Kaiserin Marie Feodorowna gegründete Genossenschaft der mitleidigen Wittwen, 200 an Zahl, unter Begleitung von Deligirten nach der Krim gesandt. Beide Vereinigungen bewährten sich sehr gut, sie bestehen noch heute. Angeregt durch die Beobachtungen, die man im deutsch-französischen Kriege machte, wurde später auf Prof. Pirogoff's Veranlassung noch eine andere Vereinigung, die Gemeinschaft des heiligen Georg, gegründet, mit dem Zwecke, in einem neu erbauten Barackenlazareth Krankenpfleger und Pflegerinnen auszubilden.

Die russische Gesellschaft vom rothen Kreuz verfügte bisher für die Krankenpflege nur über die barmherzigen Schwestern. In Petersburg haben im October 1897 mehrere Sitzungen eines Komitees vom rothen Kreuz stattgefunden, in denen über die Organisation eines neuen Institutes, das der barmherzigen Brüder, berathen wurde. Diese werden einen zweijährigen Heilgehülfenkursus durchzumachen haben, bevor sie, nach abgelegtem Examen, Mitglieder des Instituts werden. Sie werden sowohl im Frieden, wie im Kriege thätig sein.

Eine ähnliche Vereinigung bildete sich in Nordamerika 1861 nach dem Ausbruch des Bürgerkrieges in New-York, nämlich ein Centralfrauenhülfsverein (Womens Central Association of Relief), der ausser andern Aufgaben auch die Beschaffung eines erfahrenen Pflegepersonals in hinreichender Zahl für die Verwundeten übernahm.

Andere Vereine, die in den Kriegsjahren dieses Jahrhunderts in den europäischen Staaten ihren Ursprung nahmen, aber nicht direct die Förderung der Krankenpflege, sondern die Vorbereitung für die Mobilisirung und Thätigkeit der Kriegskrankenpflege bezwecken, werden in dem Abschnitt „Kriegskrankenpflege" besprochen. Sie haben wie das internationale Comité vom rothen Kreuz, die internationale Anstalt zur Beschaffung künstlicher Gliedmaassen, das internationale Hilfscomité für Kriegsgefangene, die österreichische Gesellschaft vom Rothen Kreuz, der schweizerische Hilfsverein, der dänische Verein zur Pflege im Felde verwundeter Krieger, der schwedische Verein zur freiwilligen Pflege im Felde Verwundeter und Erkrankter, der norwegische Verein zur Pflege im Felde Erkrankter und Verwundeter und zur Unterstützung von Verwundeten und Hinterbliebenen Gefallener, der britische nationale Verein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger in Kriegszeiten, der belgische Verein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger und der nationale belgische Verein vom rothen Kreuz, der französische Verein zur Pflege verwundeter Krieger der Land- und Seemacht, der italienische Verein zur Pflege im Felde verwundeter Krieger mit seinem in Rom sitzenden Centralcomité, der spanische Verein zur Pflege im Felde verwundeter Krieger, das portugiesische Comité zur Pflege der im Felde verwundeten und erkrankten Krieger, die russische Gesellschaft zur Pflege verwundeter und erkrankter Krieger, der rumänische Verein vom rothen Kreuz, der serbische Verein vom rothen Kreuz, der Verein vom griechischen rothen Kreuz, der ottomanische Verein zur Pflege verwundeter Krieger u. A., — indem sie die Kriegskrankenpflege rüsteten und vorbereiteten, dazu beigetragen, auch der öffentlichen und privaten Krankenpflege durch ihre Erfahrungen und Fortschritte in der Technik zu nützen und das Interesse für die Krankenpflege überhaupt anzuregen und zu erhöhen. Der eigentliche Schöpfer dieser Kriegskrankenpflegervereine ist der Genfer Bürger Henry Dunant, der im Jahre 1859 als schlichter Reisender, begeistert für Befreiung und Einigung, dem französischen

Heere gefolgt war und dem gewaltigen Kampfe bei Solferino beigewohnt hatte. Nach der Schlacht trennte sich Dunant am Abend des 24. Juni von den siegreichen Franzosen und blieb auf dem Schlachtfelde, wo er nun die grausigen Verwundungen und die überaus grosse Zahl unversorgt liegender, entsetzlich zugerichteter Krieger sah, denen alles fehlte, nicht nur Aerzte und Pfleger, sondern auch Brod und Wasser. Soviel in seiner Macht stand, sorgte er als barmherziger Samariter für Herbeischaffung der nöthigen Erquickungen und für ärztliche und sonstige Pflege. Aber er musste sehr bald erfahren, dass er mit den wenigen Priestern und Bauern der Umgegend, die er herangezogen hatte, nichts ausrichten konnte, bei 40000 Verwundeten und einem Schlachtfelde von 20 km Länge. Hier bedurfte es Tausender von Pflegern, Pflegerinnen und Aerzten. Nach Beendigung des lombardischen Krieges schilderte Dunant in einer Schrift: „Un souvenir de Solferino“ alle diese Eindrücke und Empfindungen und schliesst seine Erinnerung an Solferino mit einem Mahnruf an die Fürsten und Fürstinnen auf den Thronen, an Männer und Frauen des Volkes, sich zu vereinigen zu Werken der Barmherzigkeit für die Opfer der zukünftigen Kriege, an die Heerführer, die freiwillige Krankenpflege besser vorzubereiten und an die Männer des Geistes, der Bildung und der Feder, die Bevölkerung für die Bildung von Vereinen zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger anzuregen. Seinen Bemühungen gelang es endlich, am 26. October 1863 in Genf eine internationale Conferenz, bestehend aus Abgesandten fast aller europäischen Staaten und des preussischen Johanniterordens zusammenzubringen. Sie beschlossen, in den einzelnen Ländern die sofortige Bildung von Vereinen anzuregen, die im Kriegsfalle den amtlichen Sanitätsorganen der mobilen Heere geeignete Helfer und Helferinnen und reichliches Krankenpflegematerial zuführen sollten. — Man setzte in Genf ein ständiges internationales Comité ein, das auf die einzelnen Landesvereine anregend und berathend einwirken sollte. Im Hinblick auf den schon seit Jahren tobenden nordamerikanischen Bürgerkrieg und den inzwischen ausgebrochenen dänischen Krieg wurde am 8. August 1864 in Genf wieder eine Conferenz versammelt, die diesmal officiell von allen Kulturstaaten beschickt wurde. Das Ergebniss dieser Conferenz ist die „Genfer Convention“, ein Markstein in der internationalen Kriegskrankenpflege und der Beginn einer ausserordentlichen Entwickelung der modernen Krankenpflege und Krankenpflegevereinsthätigkeit überhaupt. Die Genfer Convention bestimmt ungefähr Folgendes:

„Der verwundete und erkrankte Feind gilt in den zukünftigen Kriegen nicht mehr als Feind, sondern ist, ohne Rücksicht auf seine Nation oder Religion, seinen Rang oder sein Vorleben, nur ein Gegenstand barmherziger Liebe. Um der Verwundeten und Erkrankten willen sind in Zukunft auch die Aerzte, Feldgeistlichen, Lazarethbeamten, Verbandplätze, Lazarethe, Verwundetentransporte u. s. w. neutral, d. h. unangreifbar. Auch bei feindlicher Besitznahme der Lazarethe u. s. w. bleibt fortan das Sanitätspersonal ungestört bei seinem Berufsdienste und muss dasselbe nach beendetem Dienste auf seinen Wunsch den Vorposten seiner Armee zugeführt werden. Die Neutralität der Sanitätspersonen und der Sanitätsmittel wird durch ein rothes Kreuz im weissen Felde (Armbinde bei Personen, Fahne bei Gebäuden u. s. w.) gekennzeichnet“.

Heute gehören der Genfer Convention nicht nur sämmtliche christliche Völker der Erde an, sondern auch die Türkei, Persien, Japan, China, Siam, Abessinien u. A.

Da aus Deuschland durch die preussische Regierung die Anregung zur Bildung der Convention im Jahre 1864 ausgegangen war und Preussen die Vereinbarung auch zuerst unterzeichnet hatte, so ist es kein Wunder, dass in Deutschland die durch

Dunant angeregte Vereinsbildung auch zuerst und in einem bedeutenden Umfange verwirklicht wurde.

## 1. Die Vereine vom rothen Kreuz in Deutschland.

### α) Die Gesammtorganisation vom rothen Kreuz in Deutschland.

Am 17. Februar 1864 hatte sich in Berlin unter dem Vorsitz des Johanniters, Prinz Heinrich XIII. Reuss, der als Deputirter seines Ordens den Genfer Berathungen beigewohnt hatte, aus Anlass des deutsch-dänischen Krieges eine Centralstelle gebildet, die die Johanniter mit den in Folge der ersten Genfer Konferenz entstandenen preussischen Kriegs-Krankenpflegevereinen in gemeinsame Thätigkeit bringen sollte. Sie nannte sich: das preussische Centralkomité der Vereine zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger. Dem Komité wurden in Folge einer Kabinetsordre vom 20. April 1864 für die Dauer des Feldzuges 3 Commissare der Staatsregierung beigegeben, „damit seine Thätigkeit im Anschluss an die staatlichen Einrichtungen geregelt werde.“ Durch ein Allerhöchstes Handschreiben vom 19. April 1865 übernahm König Wilhelm I. und seine Gemahlin, in Anerkennung des erhabenen und wichtigen Zweckes das Protectorat über das preussische Centralkomité und kurz vor dem Ausbruch des Krieges vom Jahre 1866 verlieh der König dem Centralkomité die Korporationsrechte. Am 31. Mai 1866 setzte König Wilhelm für die gesammte freiwillige Kriegskrankenpflege eine leitende Spitze ein, die in innigster Fühlung mit den Militairbehörden stehend, nach einheitlichem Plane die freiwilligen Hilfskräfte und Hilfsmittel während der Kriegsdauer vertheilen und die ganze freiwillige Kriegskrankenpflege in den Organismus des Heeres einfügen sollte. Der Inhaber dieses Amtes erhielt den Titel: „Königlicher Kommissar und Militärinspecteur der freiwilligen Krankenpflege“. Im Kriegsjahre 1866 hatten sich die Vereine zur Pflege verwundeter und erkrankter Krieger, oder wie man sie jetzt nach ihrem Abzeichen nannte, die Vereine „vom rothen Kreuz“ in ganz Deutschland ausserordentlich vermehrt. Sämmtliche Männervereine verbanden sich am 20. April 1869 zu einem grossen Gesammtbunde vom rothen Kreuz, der seine Spitze in einem deutschen Centralkomité erhielt. Zu diesem stellten die einzelnen deutschen Staaten, je nach der Stimmenzahl, die der Staat im Bundesrathe des damaligen deutschen Zollvereins hatte — Abgeordnete. Dieses Centralkomité sollte eine möglichst einheitliche Thätigkeit der verschiedenen Vereine herstellen und ihre gemeinschaftlichen Angelegenheiten erledigen. Auf die Friedensthätigkeit der Landesvereine sollte es nur im Wege des Rathes und der Anregung wirken. Im Kriege aber sollte es die Landesvereine bei der deutschen Armeeleitung vertreten.

Auch die inzwischen überall ins Leben getretenen Frauenvereine für Krankenpflege etc. fanden ihre Centralstelle. Am 11. November 1866 forderte ein Aufruf des „Berliner Vaterländischen Frauenvereins“ die in der Kriegszeit entstandenen Frauenvereine der Provinzen auf, sich dem nunmehr: „Preussischen Vaterländischen Frauenverein“ als Zweigverein anzuschliessen. Am 1. Juli 1869 erhielt der Verein Korporationsrechte und am 12. August 1871 schlossen sich alle bisher gebildeten deutschen Landesvereine zu einem grossen deutschen Frauenbunde zusammen, der in Berlin einen ständigen Ausschuss hält. Der erste Militärinspecteur war Graf Eberhard zu Stolberg-Wernigerode von 1866--1870. Dann verwaltete das Amt Fürst Hans Heinrich IX. von Pless, der 1870 eine Anzahl Delegirte der freiwilligen Krankenpflege zu seinen ausführenden Organen ernannte. Die Kriegssanitätsordnung vom 10. Januar 1874 und die Kriegsetappenordnung vom 3. September 1887 (Anlage II Organisationsplan der freiwilligen Krankenpflege) regelte die gesammte deutsche freiwillige Krankenpflege von Neuem. Nur aus-

gebildete und sich als solche durch eine behördliche Bescheinigung ausweisende Pfleger und Pflegerinnen, die durch Bescheinigung ihrer Ortsbehörde und der Centralstelle der freiwilligen Krankenpflege als unbescholten und zuverlässig beglaubigt sind, dürfen fortan in einem deutschen Feldzuge zur Unterstützung des amtlichen Sanitätsdienstes zugelassen werden. Sie müssen sich auch vor ihrem Dienstantritt verpflichten, sich den Strafvorschriften des Militärstrafgesetzbuches, insbesondere den Kriegsgesetzen und der Disciplinarstrafordnung für das Heer zu unterwerfen. Schliesslich ist auch durch die Kabinettsordre vom 4. Januar 1883 eine besondere Kriegsuniform für die männlichen Hilfskräfte vorgesehen, während die den Ritterorden angehörenden Helfer und die den Schwesternschaften (Barmherzige Schwestern, Diakonissen, Schwestern vom rothen Kreuz) angehörenden Helferinnen in ihrer gewöhnlichen Tracht zu erscheinen haben.

Die Pflicht, schon im Frieden für die freiwillige Krankenpflege eines zukünftigen Krieges die rechten Vorbereitungen zu treffen, hat die deutsche Armeeleitung seit dem Jahre 1887 zwei grossen ganz Deutschland umfassenden Genossenschaften, die sich auch im Frieden der Krankenpflege widmen, übertragen: den deutschen Ritterorden (Johanniter, Malteser und Georgsritter) und dem Centralcomité der deutschen Vereine vom rothen Kreuz. Ihnen gab sie das ausschliessliche Recht, in einem zukünftigen Kriege den Heeressanitätsdienst zu unterstützen. In Zukunft kann eine Korporation oder eine einzelne Person nur im Anschluss an die Ritterorden oder an die deutschen Vereine vom rothen Kreuz Kriegskrankenpflege betreiben.

Als kaiserlicher Kommissar und Militärinspecteur fungirte seit 1893 der Fürst zu Wied, und als dieser Anfang des Jahres 1897 aus Gesundheitsrücksichten zurücktrat, S. Excellenz der Graf zu Solms-Baruth auf Klitschdorf. Seit dessen Amtsantritt ist eine Aenderung der Organisation dieser Behörde wie folgt eingetreten: Der kaiserliche Kommissar, der nach der Kriegssanitätsordnung bekanntlich die leitende Spitze der gesammten freiwilligen Krankenpflege darstellt, und als solche das Bindeglied zwischen dem sie vertretenden Centralkomité der deutschen und der preussischen Vereine vom Rothen Kreuz, sowie den drei Ritterorden (Johanniter-, Malteser- und St. Georgsritter) einerseits und der Militärverwaltung, bezw. dem Chef des Feldsanitätswesens anderseits bildet, hat nicht nur erst in Kriegszeiten die Leitung der freiwilligen Krankenpflege bei der mobilen und Besatzungsarmee zu übernehmen, sondern bereits im Frieden die Aufgabe, alle Vorbereitungen für ein rasches und geregeltes Inslebentreten der freiwilligen Liebesthätigkeit im Mobilmachungsfalle zu treffen. Um die damit verbundene, weite Gebiete umfassende und arbeitsreiche Thätigkeit wirksam zu fördern, ist durch Allerhöchste Ordre vom 6. Mai 1897 bestimmt worden, dass dem Kaiserlichen Kommissar fortan berathend zu Seite treten sollen:

1. ein besonderer Beirath in der Person des Geheimen Oberregierungsrathes und vortragenden Rathes im Ministerium für Landwirthschaft, Domainen und Forsten, Kammerherrn Freiherrn v. Seherr-Thoss.

2. ein ständiger Ausschuss bestehend aus dem Oberjägermeister vom Dienst Excellenz Freiherrn von Heintze, dem zu 1 genannten Freiherrn von Seherr-Thoss, dem dienstthuenden Kammerherrn Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin v. d. Knesebeck (derzeitigen Vorsitzenden des Centralkomités der deutschen und der preussischen Vereine vom Rothen Kreuz), sowie einem noch weiter zu präsentirenden Mitgliede; daneben haben 2 Delegirte des Kriegsministeriums den Kaiserlichen Kommissar zu informiren und seinen Verkehr mit dem Kriegsministerium persönlich zu vermitteln.

3. ein nur zu Zeiten und in besonders wichtigen Angelegenheiten einzuberufender grosser Beirath.

Gleichzeitig ist genehmigt worden, dass in Behinderungsfällen des Kaiserlichen Kommissars und Militärinspekteurs dessen Amtsgeschäfte während des Friedens durch

den Oberjägermeister vom Dienst, Freiherrn von Heintze, als I. Stellvertreter und durch den Geheimen Oberregierungsrath und vortragenden Rath Freiherrn v. Seherr-Thoss als II. Stellvertreter geführt werden.

Eine Berufung von Mitgliedern in den grossen Beirath ist noch nicht erfolgt; doch lässt sich annehmen, dass dabei in erster Linie auch auf eine Vertretung der drei mit der freiwilligen Krankenpflege verknüpften Ritterorden Bedacht genommen werden wird.

Das Bureau des Kaiserlichen Kommissars und Militärinspekteurs befindet sich in Berlin im Herrenhause, Leipzigerstrasse 3, wohin alle amtlichen Zuschriften zu richten sind.

### β) Die Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege.

Der Schrift mit dem oben genannten Titel von J. Wichern, Berlin 1891, Mittler und Sohn, lässt sich folgendes entnehmen:

Am 12. Mai 1886 richtete das Centralkomité der deutschen Vereine vom Rothen Kreuz an den Verwaltungsrath des Rauhen Hauses in Horn bei Hamburg das Ersuchen, die Organisation einer für den Kriegsfall bereitstehenden männlichen Krankenpflege in die Hand zu nehmen.

Mit der Vollmacht des Verwaltungsrathes ausgerüstet, konferirte Direktor Wichern, Sohn des 1881 verstorbenen D. Wichern, Ende Mai 1886 in Berlin mit achtzehn Vertrauensmännern, von denen die grössere Anzahl in Sachen der freiwilligen Krankenpflege bereits in den Jahren 1870/71 in der „Felddiakonie“ gearbeitet hatte, und übernahm die Begründung einer Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege. Auf derselben Konferenz wurden die Sitzungen in ihrer ersten Form festgestellt.

Um möglichst weite Kreise über den Zweck der Genossenschaft aufzuklären und um Mitglieder zu gewinnen, gab der Vorsteher sofort ein Handbuch über die freiwillige Krankenpflege im Kriege heraus. Dem gleichen Zwecke dienten Vorträge auf den preussischen Universitäten und in den grösseren Provinzialstädten des Königreichs, orientirende Aufsätze in der gesammten Presse, ferner Anträge an Vereine aller Art mit der Bitte um thatkräftige Unterstützung, und Vertheilung von 100000 Exemplaren verschiedener Drucksachen, die Genossenschaft betreffend.

Schon im ersten Jahre erklärten sich Männer der verschiedensten Berufsarten in vielen Städten bereit, das Interesse für die Genossenschaft am Orte zu wecken, Mitglieder zu werben, Verbände zu organisiren und die technische Ausbildung der Mitglieder in geeigneten Lazarethen zu vermitteln, doch beschränkte man sich schliesslich auf einzelne grössere Städte und auf die Universitäten.

Zur Gewinnung von activen Mitgliedern speciell aus studentischen Kreisen waren die auf allen Universitäten des Königreichs Preussen veranstalteten allgemeinen Studentenversammlungen von hoher Bedeutung. An denselben haben sich in sehr grosser Zahl hervorragende Vertreter der Wissenschaft aller Fakultäten u. A. durch Reden und Ansprachen betheiligt.

Nachdem die auf den Universitäten anfangs sich darbietenden Schwierigkeiten, bedingt vor Allem durch die eigenthümliche Gestaltung des Vereins- und Korporationswesens unserer Hochschulen, nunmehr überwunden sind, nachdem ferner in den Provinzialstädten durch ein Handinhandgehen der Genossenschaftscomités mit den Provinzial- und Zweigvereinen vom rothen Kreuz die anfängliche Gefahr einer gegenseitigen Konkurrenz glücklich und zwar völlig beseitigt worden ist, die Genossenschaft vielmehr eine nicht genug anzuerkennende Unterstützung (17000 Mark sind der Genossenschaft vom Centralkomité für die rothen Kreuzvereine im Jahre 1896 gespendet)

gerade seitens der Provinzialvereine vom rothen Kreuz erfährt, hat sie einen so erfreulichen Aufschwung und Umfang genommen.

Auch auf allen süddeutschen Hochschulen sind Zweigverbände constituirt worden.

Einen wesentlichen Fortschritt in der Organisation der Genossenschaft bedeutet die Verbindung, in welche seit Mai 1890 die Komités untereinander durch die Einrichtung einer ständigen Delegirten-Konferenz getreten sind, und die neue Fassung der Satzungen vom November 1890, welche die auf jener Konferenz hervorgetretenen Anschauungen und Erfahrungen zum Ausdruck bringen.

Der technischen Ausbildung der Genossenschaftsmitglieder liegt das „Unterrichtsbuch für freiwillige Krankenpfleger im Kriege“ zu Grunde, das vom Königlichen Kriegsministerium im Jahre 1887 für die Zwecke der Genossenschaft herausgegeben worden ist. Der Unterricht selbst wird theils durch Militärärzte, theils durch Professoren und Civilärzte, die in der Kriegschirurgie besonders erfahren sind, ertheilt und besteht aus einem mehrwöchentlichen theoretischen Vorbereitungskursus und einem praktischen Pflegekursus. In dem ersteren wird den Schülern der Bau des menschlichen Körpers, die Grundregeln der antiseptischen Wundbehandlung, die Grundsätze für Anlegen von Verbänden, für die Handreichung bei Operationen und die Hülfeleistung in der Apotheke, für die Pflege Schwerkranker und Sterbender und den Krankentransport u. s. w. gelehrt. In dem praktischen Pflegekursus, der in einer Universitätsklinik, in einem grösseren Krankenhause oder Garnisonlazareth stattfindet, werden die erforderlichen Handreichungen am Krankenbett, der Transport von Kranken u. s. w. geübt. Am Schlusse jedes Kursus, besonders des zweiten, findet vor einer Sachverständigen-Kommission eine Prüfung statt, nach welcher die Examinanden ein amtliches Befähigungszeugniss für die Kriegskrankenpflege erhalten oder bei nicht bestandener Prüfung zu einem zweiten Kursus aufgefordert werden. Den Prüfungen muss nach den Statuten ein höherer, vom Kriegsministerium hierzu besonders ernannter Sanitätsoffizier beiwohnen, der seinerseits höheren Ortes über den ihm zugewiesenen Genossenschaftsverband jährlich zu berichten hat. Die ausgebildeten Mitglieder der Genossenschaft sind verpflichtet, sich mit dem Vorstande ihres Zweigverbandes in steter Verbindung zu halten, damit sofort beim Ausbruch eines Krieges mit ihnen wegen des Eintritts in den Kriegssamariterdienst verhandelt werden kann. In gewissen Zwischenräumen müssen endlich die einzelnen Mitglieder durch den Besuch von Wiederholungskursen sich immer aufs neue die Berechtigung zum Kriegssanitätsdienste erwerben.

Durch die „Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege“ ist endlich auch die Lösung der schwierigen Aufgabe ermöglicht, schon jetzt im Frieden für die Delegirtenstellen der freiwilligen Kriegskrankenpflege geeignete Persönlichkeiten zu ermitteln und, soweit dies überhaupt jetzt möglich ist, dieselben mit diesem so verantwortungsvollen und schweren Amte vertraut zu machen. Die „Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege“ bemüht sich schon jetzt, Männer, welche sich durch Kenntniss der Armeeeinrichtungen, wie des Krankenpflegedienstes, auch durch organisatorisches Geschick auszeichnen, dem deutschen Centralkomitee für die Stellungen als Armee-, Corps-, Festungs-, Linien-, Reservelazareth und Unterdelegirte namhaft zu machen. Ebenso sieht sie sich schon jetzt nach geeigneten, mit dem Magazin- und Speditionsdienst vertrauten Männern um, welche im Kriegsfalle zu Depotverwaltern ernannt werden können.

Die Genossenschaft zählt nach dem Bericht über 1896 insgesammt 5389 ordentliche Mitglieder, von denen 2081 im Kriegsfalle zur Verfügung des Centralkomitees vom rothen Kreuze stehen.

## 8. Die Sanitätskolonnen.

Ueber die Sanitätskolonnen enthält Trepte: „Die freiwillige Krankenpflege im Kriege," Berlin 1895, Karl Heymann's Verlag, S. 103—106, folgendes: Schon im deutsch-französischen Feldzuge stellten die süddeutschen Staaten auffallend viele gut ausgebildete und ausgerüstete Sanitätskolonnen der Militärverwaltung zur Verfügung. Jetzt besitzt z. B. in Bayern jede Regierungsstadt eine gut geschulte, fertig ausgerüstete Hauptkolonne, und stellen die umliegenden Städte zu dieser ihrerseits kleinere oder grössere Zweigkolonnen. Für diejenigen Kolonnen, welche bei einem zukünftigen Feldzuge auf dem Kriegsschauplatze in Thätigkeit kommen sollen, liegen in besonderen, meist von den gleichartigen Frauenvereinen verwalteten Depots die Mannschaftsuniformen, die nöthigen Ausrüstungsgegenstände, auch Verbandmittel, Transportmittel neuester Konstruktion u. s. w. völlig kriegsfertig bereit. Ebenso ist in Würtemberg, Baden und Hessen, auch im Königreich Sachsen das Sanitätskolonnenwesen gut organisirt und bedarf es hier nur einer Ordre, um sofort viele Hunderte technisch geschulter und militärisch disciplinirter Krankenträger und Krankenpfleger zu dem amtlichen Sanitätspersonal stossen zu lassen.

In Mittel- und Norddeutschland kam erst mehr Leben in die Männervereine vom Rothen Kreuz, und rafften diese sich in grösserer Anzahl zur Bildung von Sanitätskolonnen auf, als der Vorstand des deutschen Kriegerbundes für die Interessen der freiwilligen Kriegskrankenpflege einzutreten anfing. Sind doch auch die Mitglieder der Kriegervereine, weil sie die Schule der Armee durchgemacht haben, für den Dienst der freiwilligen Kriegskrankenpflege mehr als nichtgediente Männer geeignet. Dank der Bemühungen des deutschen Kriegerbundes ist nun in den letzten 10 Jahren auch wirklich von Jahr zu Jahr die Zahl der Sanitätskolonnen gestiegen. Die Ausbildung dieser Kolonnen erfolgt meist nach dem weitverbreiteten: „Leitfaden für den Unterricht der freiwilligen Krankenträger" von Dr. Rühlemann und wird möglichst von Militärärzten oder Aerzten des Beurlaubtenstandes gegeben. Das Ausbildungsmaterial, z. B. Tragbahren, Verbandkasten u. s. w. wird den Kolonnen vom deutschen Centralkomitee als dauerndes Eigenthum übergeben. Da diese von den Kriegervereinen gebildeten Sanitätskolonnen meist aus älteren, nicht mehr dienstpflichtigen Männern bestehen, so werden sie voraussichtlich im Kriegsfalle nur im Inlande zur Verwendung kommen, z. B. um bei der Ankunft oder der Durchfahrt der Sanitätszüge den Verwundeten hülfreiche Dienste zu leisten. Das Centralkomité der deutschen Vereine vom Rothen Kreuz hat dabei im Jahre 1883, als es mit dem deutschen Kriegerbunde wegen der Bildung von Sanitätskolonnen in Verbindung trat, das Versprechen gegeben, nicht nur die in Kriegszeiten zu Hülfsleistungen im Dienste des Rothen Kreuzes einberufenen Mitglieder der Kriegervereine während ihrer Dienstleistungen mit den erforderlichen Subsistenzmitteln zu versehen, sondern auch die bei Gelegenheit solchen Dienstes invalid gewordenen und die Familien der im Dienste des Rothen Kreuzes Verstorbenen ausreichend zu unterstützen. Sollten in einem zukünftigen Kriege ganze Kolonnen oder einzelne ihrer Glieder von der Militärverwaltung zu Hülfsdiensten im Bereiche der operirenden Armee aufgefordert werden, so treten sie naturgemäss in die Rechte und Pflichten der Angehörigen des Heeres. Natürlich können militärpflichtige Männer sich im Kriegsfalle nicht als Mitglieder von Sanitätskolonnen verwenden lassen, wenn sie sich auch jetzt für den Pflegedienst ausbilden lassen sollten; wohl aber sind Landsturmpflichtige verwendbar, und bleiben dieselben auch von einer event. Einberufung befreit, wenn sie bei dem Bezirkskommando, in dessen Listen sie geführt werden, ihre Verwendung bei einer Sanitätskolonne nachgewiesen haben.

Einzelne solcher Sanitätskolonnen z. B. der Städte Berlin, Frankfurt a. O., Altona-Ottensen, Hamburg-Barmbeck, Uhlenhorst, Köln etc. haben bereits sich einen weiten Ruf erworben und dürften an Kriegstüchtigkeit wie Kriegsbereitschaft den süddeutschen Kolonnen nicht mehr nachstehen. Auch sei erwähnt, dass in einzelnen deutschen Ländern und preussischen Provinzen bereits sich Verbände von Sanitätskolonnen gebildet haben, und dieselben zeitweilig zu grossen gemeinsamen Krankenträgerübungen zusammentreten. Es ist sehr zu wünschen, dass sich immer mehr solcher Kolonnen, besonders in Norddeutschland bilden, und die bereits bestehenden Kolonnen nicht nach kurzer Blüthezeit, wie leider öfters vorgekommen ist, wieder eingehen. Werden auch in den Lazarethen eines zukünftigen Krieges vorzugsweise Pflegerinnen zur Verwendung kommen, so braucht doch jedes Lazareth, jeder Sanitäts- und Krankenzug, jede Erfrischungsstation etc. auch einige geschulte männliche Hülfskräfte, welche diejenigen Dienste übernehmen, zu denen aus Schicklichkeitsgründen oder vor allem aus Mangel an physischen Kräften Pflegerinnen nicht zugelassen werden können.

Die Gesammtzahl der Sanitätskolonnen im Königreich Preussen bezifferte sich am Anfang des Jahres 1897 auf 416. Ihre Gesammtmitgliederzahl betrug 8985, von denen bei Eintritt eines Krieges zu den Fahnen einberufen werden 3695, so dass zur Verwendung der freiwilligen Krankenpflege verfügbar bleiben 5290. Die ausserhalb Preussens in angrenzenden deutschen Ländern (Elsass-Lothringen, Anhalt, Sachsen-Weimar, Schwarzburg-Sondershausen und -Rudolstadt, Sachsen-Coburg-Gotha, Meiningen, Altenburg, Braunschweig, Reuss ä. L., Waldeck, Hamburg, Bremen, Grossherzogthum Hessen) domicilirten Sanitätskolonnen, denen von dem Preussischen resp. Deutschen Central-Komité das erforderliche Lehrmaterial kostenfrei überwiesen worden ist, zählen 147, mit einer Mitgliederzahl von 3604, von denen bei Eintritt eines Krieges zu den Fahnen gerufen werden 1458, während 2146 zur Verfügung der freiwilligen Krankenpflege verbleiben. Für die Ausrüstung der Sanitätskolonnen mit Uebungsmaterial u. s. w. hat das Preussische Central-Komité im Laufe des Jahres 1896 verausgabt: für 5000 Exemplare des Rühlemann'schen Leitfadens 2250, für 240 Tragbahren nebst den dazu gehörigen Gurten u. s. w. 9376, für 100 Verbandkasten, Kisten mit Füllung 1306, für 20000 Exemplare des Ueberweisungsnationals 2406, Ausgaben für Uebungen einzelner Sanitätskolonnen u. s. w. 764, an Aversional-Quantum an den deutschen Kriegerbund 300, Ausgaben für Fracht 116, zusammen 16519 Mark.

## 2. Die Landesvereine.

### α) Preussen.

1. Der preussische Verein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger. (Männerverein.)

In Folge der Beschlüsse der internationalen Konferenz in Genf vom 23. October 1863 und der Genfer Konvention vom 22. August 1864 bildete sich in Berlin der vorbenannte Verein im Februar 1894 mit dem Zweck, 1. in Kriegszeiten im Anschlusse an die Königliche militärische Lazareth- und Hospitalverwaltung bei der Heilung und

Pflege der im Felde verwundeten und erkrankten Krieger mitzuwirken, 2. in Friedenszeiten die dazu geeigneten Vorbereitungen zu treffen. Die Wirksamkeit des Vereins richtet sich mithin darauf: a) durch seine Thätigkeit und seine Mittel die für einen Kriegsfall zur Aufnahme, Heilung und Pflege der Verwundeten und Erkrankten im Felde geeigneten Einrichtungen an Personal und Material vorbereitend zu vervollkommnen und zu verstärken, b) bei ausbrechendem Kriege die militärischen Sanitätsbehörden und Anstalten mit den ihm zu Gebote stehenden Kräften und Mitteln zu unterstützen. Das Zentralkomité des Vereins hat seinen Sitz in Berlin. In Folge der Uebereinkunft vom 20. April 1869 über eine „Gesammtorganisation der Vereine zur Pflege Verwundeter" steht dasselbe auch an der Spitze der ganz Deutschland umfassenden Gemeinschaft. Der Verein hat Zweigvereine und zwar Provinzialvereine, die wiederum in (Bezirks- und) Lokalzweigvereine zerfallen. Im Ganzen bestehen zur Zeit (1897) 12 Provinzialvereine, 2 Bezirksvereine (Köln und Düsseldorf) und 441 Zweigvereine, nämlich in Ostpreussen 34, in Westpreussen 24, in Pommern 13, in Brandenburg 23, in Sachsen 31, in Posen 3, in Schlesien 14, in Westfalen 42, in der Rheinprovinz 60, in Schleswig-Holstein 100, in Hannover 59, in Hessen-Nassau 42, in Hohenzollern 2. Als Kommissarius der Staatsregierung fungirt der jedesmalige Militärinspekteur der freiwilligen Krankenpflege.

Den Vorstand bilden seit 6. März 1897: Kammerherr B. von dem Knesebeck als Vorsitzender, General der Infanterie, Gouverneur des Invalidenhauses von Grolmann als erster und Reichsbankpräsident Dr. Koch als zweiter Stellvertreter desselben, Präsident der Seehandlung von Burchhard als Schatzmeister, Staatsanwalt Erdmann I. Schriftführer, Marcikowski, Geheimer Ober-Finanzrath, II. Schriftführer.

In der Generalversammlung vom 30. Juni 1897 wurde beschlossen, an Stelle des bisherigen Namens den Namen: „Preussischer Landes-Verein vom rothen Kreuz" treten zu lassen, zugleich wurde in das Statut folgender nach Allerhöchster Genehmigung in Kraft getretener Zusatz aufgenommen: „Die Wahl des Vorsitzenden wird Seiner Majestät dem Könige zur Bestätigung unterbreitet."

Aus dem Jahresbericht für 1896 sei noch Folgendes hervorgehoben:

Dem Verbande stehen im Mobilmachungsfalle 51 Baracken zur Verfügung.

Von der Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger stehen im Kriegsfall 2081 in der Verwundeten- und Krankenpflege ausgebildete Pfleger zur Verfügung.

Der Verband der Krankenpflegeanstalten vom rothen Kreuz hat für den Kriegsfall 850 ausgebildete Pflegerinnen (Schwestern vom rothen Kreuz) zur Disposition gestellt (heute sind es über 900).

Von den Sanitätskolonnen wurden zur Verwendung in Aussicht gestellt 5290 ausgebildete Krankenträger, die aushilfsweise auch als Pfleger verwendet werden können. Von angrenzenden deutschen Ländern, nämlich Elsass-Lothringen, Anhalt, Sachsen-Weimar, Schwarzburg-Sondershausen u. Rudolstadt, Sachsen-Coburg-Gotha, -Meiningen, -Altenburg, Braunschweig, Reuss ä. L., Waldeck, Hamburg, Bremen, Grossherzogthum Hessen, wurden 2146 ausgebildete Krankenträger für den Kriegsfall in Aussicht gestellt.

Der Rechnungs-Abschluss beim Zentral-Komité des Preussischen Vereins für 1896 ergiebt: „Gesammtvermögen am 1. Januar 1896: 424210 M. in Effecten und baar. Einnahme 152112 M. (Mitgliederbeiträge 100, Zahlungen der Zweigvereine 12317, Erlös aus verkauften Gegenständen 317, Wohlthäter-Beiträge 1500, Verkauf von Effecten 15517, Zinsen 16360, Uebertrag aus dem Konto der Rothen Kreuz-Loose 106000 M.) Ausgabe 55460 M. (darunter Unterstützungen 17480, Verwaltungskosten 4989, Drucksachen 920, Ausgaben für Einrichtung von Sanitätskolonnen 16519, ver-

äusserte Effecten 14600 M.), mithin Mehreinnahme 96651 M. Gesammtvermögen am 1. Januar 1897: 521861 M.

Rechnungsschluss der Kasse des Central-Komités der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz (das durch das Central-Komité des preussischen Landesvereins vom rothen Kreuz zugleich gebildet wird) für 1896: Bestand 2641995 M. Einnahme: 615611 M. (Diverse Einnahmen 5519, Zinsen 104480, Einnahmen durch Verloosung etc. von Effecten 13901, Einnahmen durch Wiedererstattung von Insertionskosten 1324, Uebertrag von dem Konto der Rothen Kreuz-Loose 146386, angekaufte 4 proc. Preussische Konsols 344000 M.) Ausgabe: 277747 M. (Unterstützungen an Offiziere 4650, an Mannschaften 9493, an Vereine 25500, an die Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger 18650, zusammen 58293, Verwaltungskosten 10502, Diverse 16001, Ausgaben für das Barackendepot des Central-Komitees 9314, Ausgaben für Baracken etc. an Vereine 21020, Ausgaben für die Errichtung einer Volksheilstätte 5519, Ausgaben für die Ausstellung eines Sanitätsschiffes auf der Berliner Gewerbe-Ausstellung 1896 8403, Ausgaben für Zinsen, Provision, Gebühren etc. 2791, Ausgaben für Stempel an das Hauptsteueramt 132000, durch Verkauf verminderter Effecten 13900 M.) Mithin Mehreinnahme 337864 M. Gesammtvermögen am 1. Januar 1897: 2979860 M.

2. Der preussische vaterländische Frauenverein.

Am 12. April 1867 konstituirte sich der Verein auf Grund der Anregung, die vom Berliner Vaterländischen Verein aus am 11. November 1866 erlassen wurde; schon im Jahre 1867 bildeten sich 44 Zweigvereine, und am 26. April 1868 konnten in der ersten Generalversammlung schon 250 Zweigvereine verzeichnet werden. Am 1. Juli 1869 erhielt der Verein Korporationsrechte. Ihre Majestät die Königin bewilligte den Vereinen folgendes Ehrendiplom:

„Gottes Segen vereint die Kräfte, die sich dem Vaterlande widmen. Dies hat eine ernste Zeit bewiesen; deshalb auch bleibe vereint unsere bewährte Hilfsbereitschaft, die, alle Bekenntnisse und Stände umfassend, im Vaterländischen Frauenverein hilft, wo es zu helfen gilt. Unser Verein gilt im Kriege dem Volk unter den Waffen, im Frieden der Linderung der Noth, wo und wie eine solche unerwartet hervortritt.

Der Vaterländische Frauenverein hemmt keine Wohlthätigkeit, die bereits ihren Wirkungskreis besitzt; er nimmt vielmehr eine jede in sich auf, als höchster Ausdruck jener Vaterlandsliebe, durch welche die Männer siegen, die Frauen trösten, und die ein Erbgut deutscher Gesinnung, allen Pflichten aufopfernder Nächstenliebe entspricht.

Immer weiter verbreite sich das Netz der Zweigvereine, immer gesegneter sei ihr Beruf."

Aus dem am 24. Mai 1869 revidirten Statut des Vereins sei Folgendes erwähnt:

I. Zweck des Vereins.

§ 1. Der Vaterländische Frauenverein zu Berlin, durch Ihre Majestät die Königin am Dank- und Friedensfeste (11. November 1866) aus den weiblichen Hilfsarbeitern des „Preussischen Vereins zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger" gebildet, verfolgt, gemeinsam mit den sich ihm auf gleicher Grundlage anschliessenden Zweigvereinen einen doppelten Zweck:

§ 2. 1. In Kriegszeiten richtet er, unter der Oberleitung des „Preussischen Vereins zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger", aber unter Fortdauer seiner eigenen Organisation, seine Thätigkeit auf

die gesammte Fürsorge für die im Felde Verwundeten und Erkrankten, indem er alle dazu dienenden Einrichtungen fördert und unterstützt.

§ 3. 2. In Friedenszeiten ist ihm die Verwaltung der Depotbestände des „Preussischen Vereins zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger anvertraut. Ueberdies verpflichtet er sich, direkt oder durch die betreffenden Zweigvereine (§ 14):

a) bei der Linderung ausserordentlicher Nothstände, welche in einem oder dem andern Theile des Vaterlandes, durch ansteckende Krankheit, Theuerung, Ueberschwemmung, Feuersbrunst oder auf andere Art eintreten, augenblicklich Hilfe zu leisten,

b) bei Förderung der Krankenpflege — durch Ausbildung von Pflegerinnen, Herstellung neuer und Verbesserung bestehender Krankenhäuser und durch Mitwirkung bei der Vorbereitung von Reserve-Lazarethen —, bei Gewährung von Arbeitsgelegenheit, bei Förderung von Waisenanstalten, bei Pflege verwahrloster Kinder, kurz, bei allen Aufgaben und Unternehmungen sich zu betheiligen, die die Linderung schwerer Nothstände im Auge haben.

## II. Organisation des Hauptvereins.

1. Die Mitgieder. — § 4. Die Vereinsmitglieder sind entweder ordentliche oder ausserordentliche.

§ 5. Zur Aufnahme in den Verein als ordentliche Mitglieder sind unbescholtene Frauen und Jungfrauen, ohne Unterschied des Glaubens oder Standes befähigt, welche für die Dauer ihrer Mitgliedschaft sich verpflichten, einen Beitrag von monatiich 50 Pfg. zur Vereinskasse zu zahlen und ausserdem weibliche Handarbeiten für die Zwecke des Vereins unentgeltlich auszuführen, oder sonst für den Verein nach Maassgabe der Umstände thätig zu sein.

§ 6. Ausserordentliches Mitglied des Vereins wird ein jeder, der einen regelmässigen Geldbeitrag zur Vereinskasse zu zahlen sich verpflichtet.

§ 7. Als Wohlthäter des Vereins werden diejenigen bezeichnet, welche dem Verein einmalige Geschenke an Geld oder anderen Gegenständen zuwenden.

2. Der Vorstand. — § 8. Die obere Leitung der Vereinsangelegenheiten und die Vertretung des Vereines nach aussen liegt dem Vorstande ob, welcher aus mindestens sechs weiblichen und sechs männlichen Mitgliedern besteht und seinen Sitz in Berlin hat.

Die Vorsitzende, die Stellvertreterin derselben, der Schriftführer, der Schatzmeister, ein weibliches und ein männliches Mitglied werden von Ihrer Majestät der Königin, als Protektorin des Vereins, aus der Zahl der Vereinsmitglieder ernannt, die übrigen weiblichen und männlichen Mitglieder von der Generalversammlung (§ 11) durch Mehrheit der Stimmen mittels Stimmzettel aus den Vereinsmitgliedern gewählt.

3. Die Generalversammlung. — § 11. Alljährlich wird durch den Vorstand eine Generalversammlung des Vereins berufen. Zur Theilnahme an derselben sind, ausser den Vorstandsmitgliedern, alle ordentlichen und ausserordentlichen Mitglieder des Vereins und seiner Zweigvereine (§ 14) berechtigt. In derselben wird, unter dem Vorsitze eines Vorstandsmitgliedes, von dem Vorstande über die Wirksamkeit des Vereines in dem verflossenen Jahre und über dessen Vermögenslage Rechenschaft abgelegt. Sodann werden die nöthigen Wahlen für den Vorstand (§ 8) vorgenommen. Die Beschlussnahme erfolgt durch Stimmenmehrheit. Im Falle der Stimmengleichheit entscheidet bei Wahlen das Loos, im Uebrigen die Stimme des vorsitzenden Mitgliedes.

§ 13. Der Verein führt als Abzeichen das rothe Kreuz im weissen Felde. — Dasselbe wird von den ordentlichen Vereinsmitgliedern, sofern sie ausserhalb ihres Wohnortes für Vereinszwecke in Thätigkeit treten, in Gestalt einer Armbinde getragen.

III. Die Zweigvereine.

§ 14. Sobald an einem Orte und dessen Umgegend sich wenigstens 10 Vereinsmitglieder befinden, können diese zu einem Zweigverein zusammentreten und ihren Vorstand wählen. Sie haben dann sofort dem Vorstande des Hauptvereins den Entwurf ihres Statuts zur Genehmigung vorzulegen. Dieses muss dem Statut des Hauptvereins in möglichst kurzer Fassung nachgebildet werden, wobei auf die besonderen lokalen Verhältnisse des Zweigvereins Rücksicht zu nehmen ist.

Die Vorstände des Hauptvereins und der Zweigvereine haben den Anschluss bereits bestehender Vereine, welche verwandte Zwecke verfolgen, an den vaterländischen Frauenverein nach Möglichkeit zu fördern und hierdurch das Netz dieser gemeinsamen Vereinsthätigkeit immer weiter auszudehnen.

§ 15. Die Zweigvereine haben von ihrer Jahreseinnahme aus den Mitgliederbeiträgen, deren Höhe ihnen in ihrem Statut festzusetzen allein überlassen bleibt, wenigstens ein Zehntel, bei dem zu Ende Dezember jeden Jahres erfolgenden Rechnungsabschlusse, an die Kasse des Hauptvereins zu überweisen und zugleich vor dem 15. Januar einen Bericht über ihre Wirksamkeit in dem abgelaufenen Jahre an den Hauptverein einzureichen.

§ 16. Die Vorstandsmitglieder der Zweigvereine und der dem Hauptverein angeschlossenen Frauenvereine können, im Falle ihrer Anwesenheit in Berlin, an den Vorstandssitzungen des Hauptvereins berathend Antheil nehmen.

§ 17. Alljährlich, nach Abhaltung der Generalversammlung, wird Ihrer Majestät der Königin, als Protektorin des Vereins, ein Verzeichniss der Zweigvereine und der zur Zeit fungirenden Vorstandsmitglieder, sowie aller ordentlichen und ausserordentlichen Mitglieder des Hauptvereines, von dem Vorstande überreicht.

Alle im Laufe des Jahres in den Personen der Vorstandsmitglieder eintretenden Veränderungen werden Allerhöchstderselben sofort angezeigt.

Ihre Majestät die Königin ertheilt jedem Zweigvereine nach seiner Bildung ein mit Allerhöchst Ihrer Unterschrift versehenes Diplom.

Alljährlich wird ein Bericht über die Thätigkeit des Hauptvereins und der Zweigvereine von dem Vorstande des ersteren veröffentlicht. —

Durch Beschluss der Generalversammlung vom 15. April 1871 wurde die Fortdauer der selbständigen Organisation in Kriegszeiten ausgesprochen, so dass auch in solchen Zeiten der Vaterländische Frauenverein Hand in Hand mit dem Centralkomité und unter dessen Leitung, aber als ein in sich geschlossenes Ganzes, in Thätigkeit tritt. Zugleich wurde eine enge Verbindung mit den Frauenvereinen in den andern deutschen Staaten vereinbart, so dass nunmehr durch die Begründung des Frauenbundes, durch die Bildung des ständigen Ausschusses der deutschen Frauen-, Hilfs- und Pflegevereine eine feste Grundlage für die nationale Organisation der deutschen Frauenvereine vom Rothen Kreuz geschaffen wurde.

Der Vaterländische Frauenverein hält nach wie vor fest an der Zurückweisung der in konfessionellen und Standesverhältnissen beruhenden Unterscheidung, sowie an dem in den Beziehungen zum Hauptverein stets aufrecht erhaltenen Prinzip der Selbständigkeit und Freiheit in Bezug auf die besondere Thätigkeit der Zweigvereine.

Der am 31. März 1897 vom Geh. Ober-Reg.-Rath von Roux erstattete Rechenschaftsbericht enthält folgende bemerkenswerthe Angaben:

„Es sind jetzt 844 Zweigvereine vorhanden, ausser 3 Hilfsvereinen; die Zahl der Mitglieder vom Hauptverein, Zweig- und Hilfsvereinen ist von 134007 auf 140470 gestiegen. Eine besondere Bedeutung kommt den 18 Landes-, Provinzial- und Bezirksverbänden zu, in welche die Zweigvereine gegliedert sind. Die Bildung grosser Kreisvereine, wie sie in Schlesien und Westfalen stattgefunden hat, ist geeignet, die

Wirksamkeit des Vaterländischen Frauenvereins in sehr bedeutender Weise zu steigern. Eine der wichtigsten Obliegenheiten der Verbandsvorstände ist, auch die Kriegsbereitschafts-Arbeiten ihrer Zweigvereine zu leiten und zwar in engster Fühlung mit den übrigen Organen der freiwilligen Kriegskrankenpflege. Von den Verbandsvorständen hat bei den bezüglichen Arbeiten auch im verflossenen Jahre, wie schon bisher stets, der zu Cassel eine besonders umfassende und wirksame Thätigkeit entfaltet. Derselbe hat eine Neuaufstellung des Kriegsbereitschaftsplanes seiner sämmtlichen Zweigvereine bewirkt. Hierüber ist zum ersten Male ein gemeinsamer Plan der Männer- und Frauenvereine des Bezirks aufgestellt worden. Es ist dies der sachgemässe Abschluss des schon lange erstrebten, aber nur allmälig und schrittweise erreichten Zusammenarbeitens beider Vereine. Erfreulich ist die zunehmende Förderung derjenigen Einrichtungen, die sowohl Kriegs- wie Friedenszwecken dienen. Die Vereine gewöhnen sich, bei Erwerb oder Erbauung von Gebäuden auf die event. Verwendbarkeit als Lazareth Rücksicht zu nehmen. Der Hauptverein macht regelmässig seine Beihilfen hiervon abhängig. Es werden Pflegerinnen in Krankenhäusern ausgebildet; es gewinnen insbesondere die Unterrichtskurse zur Ausbildung freiwilliger Pflegerinnen und Helferinnen immer breiteren Raum und Eingang auch da, wo sie früher unerreichbar schienen. Immer häufiger schliessen sich an die theoretischen Kurse auch praktische in Krankenhäusern und Lazarethen; immer mehr werden dadurch auch die Aerzte in das Interesse des Vereins gezogen. Das ist für einen Verein, dessen eigentlicher Mittelpunkt die Kriegs- und Friedenskrankenpflege ist, von grösster Wichtigkeit, zumal im Hinblick auf die erhöhten Aufgaben, die unserer Zeit für Krankenpflege und Krankheitsverhütung gestellt sind. Es ist deshalb dringend zu wünschen, dass jene Kurse auch weiter auf die Gesundheitspflege, auf Vermeidung von Ansteckung und namentlich auch auf Bekämpfung der Tuberkulose ausgedehnt werden."

„Die übrigen, überaus verschiedenartigen Friedensarbeiten der Vereine sind auch im Wesentlichen in derselben Art wie bisher fortgeführt worden. Doch hat eine Reihe von Vereinen ihre Thätigkeit erweitern können, andere haben Grundstücke erworben oder Neu- oder Erweiterungsbauten für ihre Anstalten ausgeführt. Nach der Schlusszusammenstellung besitzen 46 Vereine Krankenpflegeinstitute oder Krankenhäuser, 242 Vereine Gemeindepflege durch Schwestern, 24 Vereine Siechenanstalten, Asyle, Mägdeherbergen, 118 Vereine Volksküchen, Suppenanstalten, Kaffeestuben, 129 Vereine Handarbeits- oder Hauswirthschaftsunterricht, 33 Vereine Waisen- und Erziehungsanztalten, 181 Vereine Kinderbewahranstalten und Krippen. Fast sämmtliche Ziffern enthalten einen Zuwachs gegen das Vorjahr; derselbe beträgt bei der Gemeindepflege durch Schwestern 19 Vereine. Im Dienst des Vaterländischen Frauenvereins sind 1010 Kranken- und 376 andere Pflegerinnen, zusammen 1386, = 110 mehr gegen das Vorjahr, beinahe 400 (389) mehr gegen die erste, vor vier Jahren veröffentlichte Tabelle. Von jenen Pflegerinnen sind etwa (170) $^1/_8$ solche ohne Mutterhaus, die anderen zu gleichen Hälften Rothe Kreuz-Schwestern (606) und geistliche Schwestern (610) (evangelische Diakonissinnen und katholische Ordensschwestern). Die Schwestern vom Rothen Kreuz sind fast ausschliesslich Krankenpflegerinnen und überwiegen bei diesen erheblich über die geistlichen Schwestern.

Die Gesammteinnahme der Zweig- und Hilfsvereine, der Verbände und des Hauptvereins hat im Jahre 1896, ausschliesslich des Bestandes vom Vorjahre, 1,842,851 Mk. betragen. Beide Ziffern bleiben hinter denen von 1895 um ein geringes zurück. Um etwa $^1/_4$ Million grösser aber als 1895 ist der am Schluss des Jahres 1896 verbliebene Gesammtkapitalsbestand von 4,173,356 Mk. Hierzu kommt der Werth der im Besitze der Vereine befindlichen Grundstücke, Anstalten und Inventar, nach Abzug der darauf haftenden Schulden mit 3,737,884 Mk., gleichfalls

etwa $1/4$ Million mehr als im Vorjahre. Der bei den Vaterländischen Frauenvereinen vorhandene Gesammtvermögenswerth beträgt daher 7,911,240 Mk., — um $1/2$ Million mehr als im Vorjahre.

Die Vermögenslage des Hauptvereins ergiebt: Einnahmen: 39,289 Mk., Ausgaben des Jahres 1896 = 42,767 Mk.; um den Mehrbetrag des letzteren von 3,478 Mk. hat sich der Kapitalbestand verringert. Die Hauptziffern der Einnahmen sind, ausser den schon vorhin erwähnten Beiträgen der Zweigvereine und der unmittelbaren Mitglieder des Hauptvereines, 17,681 Mk. Zinsen, eine Ziffer, welche sich leider durch die erfolgte Convertirung der 4pCt. Consols, sowie der Zinsherabsetzung des Vereinsguthabens bei der Seehandlung für die Zukunft sehr erheblich vermindern wird. Unter den Ausgaben befinden sich, ausser den Verwaltungskosten und den schon erwähnten Unterstützungen, noch 8,882 Mk. für Stoffe und Arbeitslöhne, welche bei dem mit dem Hauptverein verbundenen Nähverein verauslagt sind. Die gefertigten Sachen dienen zur Vermehrung des Depots oder finden Verwendung bei Nothständen, Lazarethen, Weihnachtsbescheerungen u. dergl. Der Vermögensbestand schliesst Ultimo 1896 ab mit 489,020 Mk."

Der Vaterländische Frauenverein bildet auch in besonderen Mutterhäusern Schwestern vom Rothen Kreuz aus, als Beispiel für die Organisation dieser Anstalten werden die Dienstanweisung für die Oberin des Klementinenhauses in Hannover und die Bestimmungen für die Aufnahme von Krankenpflegerinnen daselbst angeführt:

§ 1. Die Oberin des Klementinenhauses hat den Betrieb der Anstalt in Mutterhaus, Töchteranstalten und Stationen zu leiten in Gemässheit der Satzungen, sowie der allgemeinen Ordnungen und besonderen Bestimmungen des Aufsichtsrathes oder des Vorstandes des Klementinenhauses, insonderheit auch nach den festgestellten Haushaltsplänen.

§ 2. In ihrer Amtsführung ist die Oberin dem Aufsichtsrathe und dem Vorstande, dem letzteren zunächst, unterstellt.

§ 3. Dem Vorstande oder einzelnen dazu bestimmten Mitgliedern desselben hat auf Verlangen die Oberin in jeden Theil ihrer Amtsführung rückhaltslos Einblick zu gewähren oder darüber umfassenden und genauen Bericht zu erstatten. Unaufgefordert und rechtzeitig hat sie dem Vorstande von allen den Vorkommnissen Bericht zu erstatten, deren Kenntniss nöthig ist, um ein umfassendes und genaues Bild von der Anstalt in ihrem Wesen und ihrem Betriebe, im Ganzen und in den einzelnen Theilen, zu gewinnen und zu behalten.

§ 4. Zu dem Wirkungskreise der Oberin gehören insbesondere: 1. Aufsicht über die Städte des Klementinenhauses im Ganzen und in ihren einzelnen Theilen behufs deren ordnungsmässiger Benutzung und ihrer Erhaltung; 2. Aufnahme von Pflegerinnen; 3. deren Anleitung und Unterweisung unter Mitwirkung der Anstaltsärzte; 4. deren Aufnahme in den Schwesternverband nach Verständigung mit den Anstaltsärzten; 5. Bestimmung über die Verwendung der Schwestern zur Krankenpflege mit Rücksicht auf das Urtheil der Anstaltsärzte; 6. Entlassung der Schwestern aus dem Verbande; 7. Annahme, Anweisung, Verwendung und Entlassung des Dienstpersonals.

Ferner im Mutterhause: 8. Regelung, Leitung und Beaufsichtigung der Krankenpflege nach Anordnung der Anstaltsärzte; 9. Regelung, Leitung und Beaufsichtigung des inneren Haushaltes; 10. Hilfeleistung zur Abhaltung der Poliklinik; 11. Handhabung der Hausordnung, Disciplin über das Pflege- und Dienstpersonal, wie über die Kranken.

Ferner: 12. Ueberwachung der Aussenpflege; 13. Ausstattung der Tochteranstalten und Beaufsichtigung ihres Betriebes; 14. Ueberwachung des Dienstes auf den Stationen; 15. Sorge für das Inventarium und den sonstigen Bedarf in Mutterhaus

und Tochteranstalten in Beziehung auf Anschaffung und ordnungsmässige Verwendung; 16. Aufstellung der Haushaltspläne; 17. die gesammte Korrespondenz, insoweit der Vorstand sie nicht sich selbst vorbehält; 18. die gesammte Buch- und Listenführung; 19. das gesammte Kassen- und Rechnungswesen unter Mitwirkung eines Herrn vom Vorstande.

§ 5. Zur Beaufsichtigung der Stätte des Klementinenhauses hat die Oberin diese in allen ihren Theilen wöchentlich mindestens einmal zu durchgehen.

§ 6. Annahme von Pflegerinnen zum Eintritt in den Schwesternverband und Entlassung von Schwestern aus dem Verbande bedürfen der vorgängigen Genehmigung des Vorstandes. — Wegen arger Vergehen gegen die Ordnungen der Anstalt, wegen grober Versehen und Unzuverlässigkeit in der Pflege, oder wegen unehrenhaften Betragens darf jedoch die Oberin, unter Vorbehalt der Entscheidung des Vorstandes wegen Entlassung, die Schwestern sofort ihres Amtes entheben, auch nach Beschaffenheit des Falles die Schwester aus der Anstalt entfernen.

§ 7. Die Stellung der Oberin zu ihrer nächsten Umgebung ist — abgesehen von der ihr als solcher zustehenden Autorität — die einer Mutter und Frau eines christlichen Hauses. In diesem Sinne hat sie ihr und der Schwestern und der Dienstleute gegenseitiges Verhältniss zu regeln. Sie wird mit den Schwestern gemeinsam die Mahlzeiten einnehmen, regelmässig mit ihnen in gemeinsamer Beschäftigung die Abende zubringen und — abgesehen von Erkrankung — für sich selbst die Dienste der Schwestern nicht beanspruchen. Ebenso hat sie bei den Schwestern und den Dienstleuten auch das innere Leben zu fördern. Sie wird mit ihnen Hausandacht halten und ihnen regelmässigen Kirchgang thunlichst ermöglichen. Sie hat sich persönlich allen Kranken zuzuwenden und wird nicht allein ihren körperlichen Zustand in das Auge fassen, sondern auch ihr geistiges Leben beachten, ihnen Zuspruch und Tröstung bringen oder, wenn sie danach Verlangen tragen und ihr Zustand es gestattet, ihnen dazu einen Geistlichen zuführen. Im Allgemeinen hat die Oberin ihrer Umgebung gegenüber sich so zu verhalten, dass sie dieser als Muster zur Nachfolge erscheint.

§ 8. Ueber Aufnahme Kranker in die Klinik bestimmen die Anstaltsärzte, insofern dabei die Leistungsfähigkeit des Hauses oder der Pflegekräfte in Frage steht, nach vorgängiger Verständigung mit der Oberin, und insofern es sich dabei um kostenfreie oder um Verpflegung zu ermässigten Sätzen handelt, nicht ohne Zustimmung des Vorstandes, in unaufschiebbaren Fällen der Oberin, die dabei die durch den Haushaltsplan gezogenen Grenzen innezuhalten hat. Unter besonderen, von den Anstaltsärzten genauer zu bezeichnenden Voraussetzungen, wie bei Unglücksfällen u. s. w. darf, unter Vorbehalt nachträglicher Genehmigung der Aerzte, die Aufnahme von der Oberin selbstständig geschehen. Ueber die Entlassung aufgenommener Kranker bestimmen die Aerzte.

§ 9. In Beziehung auf die Krankenpflege ist die Oberin, gleichwie die Schwestern, den Anstaltsärzten unterstellt und von deren Anordnungen abhängig. Sollten diese jedoch Anordnungen treffen, welche nach Ansicht der Oberin die Kräfte der Anstalt übersteigen oder diese sonst schädigen, so hat sie sich darüber gegen die Aerzte zu äussern.

§ 10. Wegen ihres Verhaltens bei Ausübung ihres Berufes dürfen die Schwestern von den leitenden Anstaltsärzten zurechtgewiesen, Ungehörigkeiten können von diesen gerügt werden. Verlangt ihr Verhalten schärfere Ahndung, so haben die Aerzte der Oberin davon Mittheilung zu machen.

§ 11. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Oberin und Anstaltsärzten, sowie in Fällen, in denen Schwestern durch Verfügungen der Oberin sich beschwert erachten, entscheidet der Vorstand.

§ 12. Mindestens einmal sind von der Oberin innerhalb sechs Monate die Tochteranstalten, innerhalb eines Jahres die Stationen zu besuchen. Sie hat dahin zu streben, dass diese Abzweigungen des Mutterhauses, soweit thunlich ist, das Gepräge des letzteren tragen.

§ 13. Ueber die Aufstellung der Haushaltungspläne und über Art und Form der Buch- und Listenführung, sowie über das Kassen- und Rechnungswesen bestimmt das Nähere der Vorstand.

§ 14. Die Oberin hat Anspruch auf Erholungsurlaub von sechs Wochen innerhalb eines Jahres.

§ 15. Bei Entfernung aus der Anstalt, auch auf kurze Zeit, hat sie für ihre Vertretung zu sorgen, auch Nachricht zu hinterlassen, wo sie aufzufinden ist. Bei Abwesenheit von mehr als 8 Tagen ist die Stellvertretung von der Zustimmung des Vorstandes abhängig.

§ 16. Aussenpflege darf die Oberin, auch während der Urlaubszeit, nur ganz ausnahmsweise auf besondere Erlaubniss der Anstaltsärzte übernehmen.

§ 17. Die Oberin trägt die Verantwortung für jeden einzelnen Theil ihres Geschäftskreises (§ 4) wegen eigener Handlungen und Unterlassungen, am Orte ihres jeweiligen Aufenthaltes auch für Handlungen und Unterlassungen derer, durch welche sie sich zur Wahrnehmung dieser Geschäfte vertreten lässt.

§ 18. Vor ihrem Dienstantritte hat die Oberin vor versammeltem Vorstande in Gegenwart des Anstaltsgeistlichen durch Handschlag sich zu verpflichten, dass sie dieser Dienstanweisung in allen Stücken mit Treue und Selbstlosigkeit nachkommen, den Vorgesetzten sich in Fügsamkeit unterordnen, ihren Untergebenen in Fürsorge leben, den Kranken mit Sorgfalt und Hingebung dienen, überhaupt das Wohl des Hauses zu fördern aus allen Kräfteu sich bestreben wolle.

§ 19. Vor Niederlegung ihres Amtes sind von der Oberin die auf die Anstalt sich beziehenden Papiere, die Bücher und Listen und damit übereinstimmend die Kasse, auch das Inventarium nach den Verzeichnissen an den Vorstand abzugeben.

### Bestimmungen für die Aufnahme von Krankenpflegerinnen in den Verband des Klementinenhauses.

1. Zweck der Anstalt ist gründliche Ausbildung von Krankenpflegerinnen und deren Verwendung in Privat- oder Anstaltspflege, zunächst in Stadt und Provinz Hannover.

2. Die Anstalt steht unter Schutz und Oberleitung des Rothen Kreuzes und seiner Verbandsorgane für die Provinz Hannover und stellt sich diesen in Kriegsfällen und allgemeinen Nothständen der Provinz zur Verfügung.

3. Der Eintritt steht Wittwen und Jungfrauen christlicher Religion aus gebildeten Ständen im Alter von 20—40 Jahren zu. In besonderen Fällen sind Ausnahmen zulässig.

4. Zur Erlangung des Eintrittes sind vorzulegen: a) Selbstverfasster Lebensabriss, b) Tauf- bezw. Konfirmationsschein, c) schriftliche Vollmacht vom Vater oder Vormunde, d) ärztliches Gesundheitszeugniss, e) Sittenzeugniss von Geistlichen und Ortsbehörden, f) von Wittwen: Todtenschein des Mannes, g) Zeugnisse aus früheren Stellungen.

Ausserdem wird auf die Bestimmung Ziffer 9, Absatz 2, hingewiesen.

5. Die Eintretenden machen zunächst eine Probezeit von 12 Wochen durch, die von der Oberin nach Umständen ermässigt, doch nicht unter 6 Wochen abgekürzt werden darf, wenn die Probe nicht schon früher als misslungen anzusehen ist, in welchem Falle das Verhältniss sofort gelöst werden kann.

Während der Probezeit erhalten die Eintretenden zwar freie Station und äussere Anstaltstracht, aber weder Taschengeld noch Unterzeug.

6. Erfolgt nach dieser Zeit die Aufnahme der Pflegerin als Schwester, so hat sie in der unten angegebenen Form sich schriftlich zu verpflichten, sich während dreier Jahre in Zugehörigkeit zur Anstalt der Krankenpflege in Krieg und Frieden, Privat- wie Anstaltspflege nach Ermessen der Oberin widmen und sich allen dienstlichen Bestimmungen und Ordnungen unterwerfen zu wollen. Nach Ablauf der 3 Jahre tritt gegenseitig dreimonatliches Kündigungsrecht ein.

Schwestern, deren Verhalten den Anforderungen des Hauses entspricht, erhalten nach Ablauf eines Jahres eine Broche mit rothem Kreuze. Unter gleicher Voraussetzung wird denjenigen Schwestern, welche nach Ablauf der dreijährigen Dienstzeit zureichende Ausbildung in der Krankenpflege darlegen und sich auf fernere 3 Jahre zum Dienst verpflichten, als Zeichen der ausgebildeten Schwestern ein silbernes Kreuz verliehen. Broche und Kreuz sind von ihnen beim Abgang zurückzuliefern.

7. Arge Vergehungen gegen die Ordnungen der Anstalt, grobe Versehen und Unzuverlässigkeit in der Pflege oder unehrenhaftes Betragen ziehen sofortiges Entlassen der Pflegerinnen nach sich. In solchen Fällen kann die Oberin die Schwestern, unter Vorbehalt der Entscheidung wegen Entlassung, sofort ihres Amtes entheben, auch nach Beschaffenheit des Falles die Schwester aus der Anstalt entfernen.

8. Den Schwestern steht das Recht sofortigen Austritts zu, wenn dringende Nothstände im elterlichen Hause, Erkrankungen der Eltern (bei Wittwen der Kinder) nachgewiesen werden oder ärztlich festgestellte eigene Gesundheitsgründe es erfordern. Die Oberin ist berechtigt, den Wunsch sofortigen Austritts nach eigenem Ermessen ausnahmsweise zu erfüllen, wenn die Schwester ihr stichhaltige Gründe dafür vorlegt.

9. Die Ausbildung zur Pflege geschieht unter den Bedingungen des § 5 unentgeltlich.

Pflegerinnen, welche in der Anstalt ausgebildet werden, ihr aber nach abgelaufener Probezeit nicht mindestens drei Jahre als Schwestern angehören, haben 100 M. als Lehrgeld zu entrichten, welche beim Eintritte als Probeschwester beim Klementinenhause kautionsfähig zu hinterlegen sind.

10. Die Pflegerinnen heissen Schwestern, werden als Töchter des Hauses betrachtet und bilden mit der Oberin eine Familie. Der Oberin haben sie in allen häuslichen und beruflichen Angelegenheiten unbedingten Gehorsam zu leisten und gegen sie überhaupt sich in töchterlich-ehrerbietiger Weise zu verhalten. Für die Dauer der Pflege sind sie dem behandelnden Arzte in allen Berufsangelegenheiten strengsten Gehorsam und dienstlich untergeordnete Haltung schuldig.

11. Die Schwestern wohnen in der Anstalt, mehrere in einem Zimmer, erhalten völlig freie Station und nach abgelaufener Probezeit jährlich 4 neue Kleider, wogegen die alten abzuliefern sind, Leibwäsche (d. h. Hemden, Hosen, Korsets, Unterröcke, Strümpfe, Nachtjacken, Taschentücher, Schürzen, Mützen, Kragen und Manschetten), Mäntel und Kopfkappen. Sie sind verpflichtet, in wie ausser dem Hause, auch bei Stationirung in anderen Anstalten, dieselben ohne die geringste Abweichung zu tragen und keinen Schmuck hinzuzuthun. Wird ausnahmsweise das Tragen besonderer Andenkenstücke gestattet, so hat dies unter dem Kleide, völlig unsichtbar, zu geschehen.

12. Ausserdem erhalten die Schwestern jährlich 144 M. Taschengeld in Monatsraten und bis zu 36 M. Reisegeld für den Urlaub. Dienstreisen sind für sie kostenfrei, doch fällt die Gebühr für etwaige Ueberfracht ihnen zur Last. Das Tragen eigener Wäsche, insoweit sie der Anstaltstracht entspricht, ist den Schwestern gestattet, doch wird dafür keinerlei Ersatz geleistet.

13. In Erkrankungsfällen werden die Schwestern in der Anstalt, beziehungsweise ihrem Stationsorte kostenfrei gepflegt.

14. Die Schwestern sind, wenn nicht in Aussenpflege thätig, zur Hausarbeit verpflichtet, zur Wäsche nur, wenn sie solche zu lernen wünschen.

15. Jede Schwester ist zu 4 Wochen Urlaub jährlich und zum Tragen eigener Kleider während Beurlaubungen ausserhalb ihres Stationsortes berechtigt.

16. Arbeitsunfähigkeit verleiht, wenn sie nach 10jähriger Arbeitszeit in Folge des Dienstes eintritt, Anspruch auf Ruhegehalt. Pflegerinnen, die ausnahmsweise nach Vollendung des 40. Lebensjahres zugelassen werden (vergl. Ziffer 3), sind hiervon ausgeschlossen.

17. In kirchlicher Beziehung hält sich das Haus, wie jede andere christliche Familie, im Allgemeinen zu Pastor und Kirche der Gemeinde, in der es räumlich liegt, Aussenstehende zu denen der Gemeinde, in der ihre Kranken eingepfarrt sind; doch ist jeder Schwester unbenommen, sich nach Neigung oder Konfession besonderem Gottesdienste zuzuwenden. Die Seelsorge im Hause und an den Kranken wird von einem besonderen Geistlichen ausgeübt.

18. Verstösse gegen dienstliche Bestimmungen oder Ordnungen werden von der Oberin gerügt oder verwiesen, in Wiederholungsfällen dem Vorstande zur Anzeige gebracht und ziehen, wenn Mahnung erfolglos ist, Entfernung aus der Anstalt nach sich.

19. Bei Wahrnehmung ihrer Rechte und Pflichten ist die Oberin den Bestimmungen des Vorstandes und Aufsichtsraths unterstellt.

20. Zusätze zu diesen Bestimmungen oder deren Aenderung sind wie für die Oberin, so für die Schwestern bindend.

Schema für die von den Schwestern des Klementinenhauses abzugebende schriftliche Erklärung.

Indem ich nach überstandener Probezeit Aufnahme als Schwester des Klementinenhauses wünsche, verpflichte ich mich, demselben im Ganzen drei Jahre lang anzugehören, mit allem Ernst, warmer Liebe und aller Treue, als vor Gott, der Krankenpflege während dieser Zeit zu dienen, im Kriege wie im Frieden, in Anstalts- wie in Privatpflege, mich mit allen Kräften ausschliesslich der Anstalt zu widmen, den Bestimmungen für die Aufnahme in den Verband des Klementinenhauses und den sonstigen allgemeinen Dienstordnungen, sowie allen von Oberin und Aerzten gestellten Anforderungen gewissenhaft nachzukommen, auch über alle beruflichen Angelegenheiten des Hauses und über Angelegenheiten der mir anvertrauten Kranken und ihrer Familien, überhaupt über alle beruflichen Dinge die strengste Verschwiegenheit nach aussen zu beobachten.

Auch verpflichte ich mich ferner für den Fall, dass innerhalb der ersten 3 Jahre nach meiner Aufnahme als Schwester mein Ausscheiden aus dem Schwesternverbande des Klementinenhauses aus eigener Entschliessung erfolgen oder wegen Zuwiderhandlung gegen dienstliche Bestimmungen verfügt werden sollte, eine Summe von 100 M. als Lehrgeld für alle mir zu Theil gewordene Ausbildung zu zahlen.

### β) Bayern.

1. Der Bayerische Verein zur Pflege und Unterstützung im Felde verwundeter und erkrankter Krieger.

Dieser Verein wurde im Januar 1868 aus dem Bayerischen Invaliden - Unterstützungsverein gegründet mit einer über das ganze Land nach Kreisen sich erstreckenden Gliederung; am 20. April 1869 trat er der von allen deutschen Vereinen in Berlin gebildeten Gesammtorganisation bei. Aus dem Geschäftsbericht für 1896

ist Folgendes hervorzuheben: Die ordentlichen Einnahmen betrugen: 77807 Mk. (Mitgliederbeiträge 16064 Mk, Zinsen 33156, Spenden, Legate, Zuschüsse 24683 Mk.); die Ausgaben: 77807 Mk. (Invaliden-Unterstützungen 30206 Mk., Kriegsvorbereitungen 40686 Mk., Verwaltung, Porto etc. 6,60 Mk., Zuwendungen an andere Vereine 303 Mk.), so dass ein Ueberschuss von 2096 Mk. verblieb und zuzüglich des Vermögensstandes vom Jahre 1895 1011717 Mk., ein Gesammtvermögen des Vereins von 1013814 Mk. vorhanden ist, von dem 983364 Mk. zinsbar angelegt, während 30450 Mk. in baar vorhanden sind.

Der Stand des Kolonnenwesens in Bayern ist ein sehr guter, ihre Zahl betrug Ende 1896 : 66. Sämmtlichen Kolonnen war es ermöglicht, durch vielfache Hilfeleistungen bei Unglücksfällen etc., sich den Dank der Betroffenen, der Gemeinden und Behörden zu erwerben. An Etappen - Formationen und Transport-Personal für die Bayerischen Korpsbezirke sind, auf Grund der vom Bayerischen Landes-Comité gegebenen Bereitstellungs - Bestimmungen, pro 1897/98 bereitgestellt:

A. Für den Kriegsschauplatz: a) Planmässig bereitgestellt: 5 mobile Transportzüge mit je 2 Krankenwagen K. 96 und 1 Oekonomiewagen K. 88 und 5 mobile Begleitzüge. Die für diese Züge erforderlichen Bekleidungs- und Mannschafts - Ausrüstungsstücke, die etatsmässigen Fahrzeuge genannter Anzahl Transportzüge, sowie die Geräthschaftsausrüstungen der hier in Frage stehenden Begleitzüge für Hilfslazarethzüge sind bei den betreffenden Kolonnen niedergelegt, bezw. bereitgestellt; b) zur Reserve: 2 weitere mobile Transportzüge und zwar 1 mit 2 Krankenwagen K. 96 und 1 Oekonomiewagen K. 87, 1 mit 2 Krankentransportwagen K. 78 und ein Oekonomiewagen K. 87, dann 2 weitere mobile Begleitzüge. Für diese 4 Züge sind die Mannschaftsausrüstungsstücke, die etatsmässigen Fahrzeuge bei den betreffenden Kolonnen niedergelegt bezw. bereitgestellt. Die Geräthschaftsausrüstung ist zunächst nur für einen mobilen Begleitzug beschafft und dislocirt; c) weiter bereitgestellt (zum 30. Mobilmachungstag): 1 mobiler Transportzug No. 2 mit 2 Krankentransportwagen K. 78 und 1 Oekonomiewagen K. 87 und 5 mobile Begleit-Halbzüge. Für den bezeichneten Transportzug sind die etatsmässigen Fahrzeuge, wie für die 5 Begleit-Halbzüge die Bereitstellungsgarnituren an Mannschafts - Ausrüstungsstücken bereits beschafft und dislocirt; d) für Ersatz, Verstärkung, event. für Neuformation mobiler Transport- und Begleitzüge sind überdem zum 30. Mobilmachungstag disponibel: ca. 150 ausgebildete Feld- und Ersatzmannschaften.

B. Für den Dienst im Inlande: a) Für den internen Begleitdienst sind circa 400 Freiwillige ausgebildet und verfügbar; die für interne Begleitmannschaften normirten Mannschafts-Ausrüstungsstücke sind beschafft und dislocirt für 267 Mann. b) Für den Lokaldienst sind überdem ausgebildet und verfügbar ca. 1600 Freiwillige. c) Für den Festungslokaldienst sind verfügbar 60 Freiwillige, wofür die normirten Ausrüstungsstücke vorhanden und dislocirt sind.

### 2. Bayerischer Frauenverein vom Rothen Kreuz.

Schon im Jahre 1866 war ein bayerischer Frauenverein in Thätigkeit gewesen. Derselbe wurde im Jahre 1869 von der Königin-Mutter Marie aufs Neue ins Leben gerufen und trat in die Reihe der in den übrigen Staaten Deutschlands gebildeten Frauenvereine und in den 1891 gebildeten Frauenbund. 1870 arbeitete er mit dem Landeshilfsverein (Männern), der durch Königliche Entschliessung vom 5. März 1870 als das für Bayern allein berechtigte Organ der freiwilligen Krankenpflege anerkannt worden war. Das Verhältniss zwischen beiden Vereinen wurde nach dem Erlass einer besonderen Kriegssanitätsordnung auch für Bayern (10. Febr. 1879) angemessener geregelt durch die Einrichtung eines Bayerischen Landeskomités für freiwillige Hilfsthätigkeit, das nach preussischem Muster aus dem Königlichen Haus-

ritterorden vom heiligen Georg einerseits und dem Landeshilfs- und Frauenverein anderseits und zwar aus 6 Vertretern der drei Vereinigungen besteht.

Auf der am 28. April 1897 abgehaltenen V. Generalversammlung wurde eingehend über die Thätigkeit des Centralkomités und seiner verschiedenen Abtheilungen, sowie der Kreis- und Zweigvereine berichtet. Hier sei zunächst hervorgehoben, dass die Zahl der Zweigvereine 280 beträgt, (Oberbayern 44, Niederbayern 31, Pfalz 44, Oberpfalz 34, Oberfranken 33, Mittelfranken 27, Unterfranken 36, Schwaben 31) mit 31760 Mitgliedern. Für die Vereinsthätigkeit auf Kriegszweck sind 27 Delegirte, 49 Aerzte, 4 Geistliche, 5 Rechnungsführer, 4 Materialverwalter, 1 Packmeister und 7 Unterbedienstete zur Verfügung. Die weiblichen Kräfte berechnen sich auf 1128, nämlich 1026 Pflegerinnen, 60 Köchinnen und 42 Dienstmädchen. Unter diesen 236 Berufspflegerinnen 13 Schwestern vom Rothen Kreuz, 22 Schülerinnen vom Rothen Kreuz, 30 vom Rothen Kreuz ausgebildete Pflegerinnen, 50 Berufspflegerinnen, 61 Ordensschwestern und Diakonissen, ausserdem 790 Damen, die Unterrichtskurse durchgemacht haben. Unterrichtskurse fanden an 10 Orten mit 298 Theilnehmerinnen statt.

Ueber das Pflegewesen steht fest, dass der Verein Anfangs 1897 65 Pflegekräfte hatte, 60 Berufs- und 5 Probeschwestern; ausserdem 14 Schülerinnen. Ferner haben 11 Fräulein nach ihrer Ausbildung den Revers für freiwillige Krankenpflege unterschrieben, d. h. dass sie im Bedarfsfalle sich dem Verein zur Disposition stellen wollen.

Die Pensionskasse für die Schwestern betrug Ende 1896: 55750,26 Mk. und zwar 54712 in Papieren und 1038,26 in Baar.

Das Vermögen des Centralkomités betrug 900000 Mk., das Vermögen der Kreisausschüsse und Zweigvereine 462169,73 Mk. Die Einnahmen betrugen pro 1896: 68717,48 Mk., die Ausgaben 75585,12 Mk.

### γ) Sachsen.

1. Der Landesverein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Soldaten für das Königreich Sachsen. (Männerverein).

Der Verein bestand schon im Jahre 1866, wo er seinen Landsleuten durch die Eigenthümlichkeit der Verhältnisse nur sehr selten Hülfe leisten konnte, während er eine grosse Zahl verwundeter Preussen und Oesterreicher verpflegte. 1870 war er in Gemeinschaft mit dem Albertverein thätig. Nach dem Kriege war seine Wirksamkeit eine bescheidene. Erst in jüngster Zeit hat sie sich gehoben. Die Hauptthätigkeit des Vereins erstreckt sich auf die Ausbildung von freiwilligen Krankenträgern und auf die Unterstützung und Unterhaltung der „Deutschen Heilstätte" in Loschwitz bei Dresden, die für den Kriegsfall zu einem grossen Vereinslazareth ausersehen ist. Zu Beginn des Jahres 1897 waren 37 Sanitätskolonnen mit 762 ausgebildeten Mitgliedern vorhanden, von denen 564 dem Sanitätsdienst im Kriege zur Verfügung stehen.

2. Der Albertverein. (Frauenverein).

Eine ganz andere Verbreitung hat dagegen der im Jahre 1867 (September) durch die damalige Kronprinzessin, jetzige Königin Karola gegründete „Albert-Verein" erlangt. Im Kriege 1870 bildete er mit dem Landesverein zur Pflege etc. den „Internationalen Hülfsverein für das Königreich Sachsen."

Die Friedensthätigkeit des Albertvereins konzentrirt sich auf die Ausbildung von Krankenschwestern, Albertinerinnen, die in dem Krankenhaus des Vereins, dem Karolahaus in Dresden in der ihm mit dem Landeshülfsverein gemeinschaftlich gehörenden Heilstätte für deutsche Invaliden in Loschwitz bei Dresden, sowie in den Kliniken zu Dresden ausgebildet werden. Die Albertinerinnen sind über das ganze Land verbreitet und widmen sich der Hospital-, Gemeinde- und Privatpflege.

Aus dem Rechenschaftsbericht für 1896 sei folgendes angeführt:

„Vom Direktorium sind mehrere neue Verträge wegen Ueberlassung von Albertinerinnen abgeschlossen worden: mit dem Stadtrathe von Reichenbach für das dortige städtische Krankenhaus, mit der Verwaltung des Maria-Anna-Kinderhospitals und des Krüppelheims in Dresden. An dem Kinderhospitale sind allein 7 Schwestern thätig.

Sehr erfreulich ist die Wahrnehmung, dass namentlich in letzter Zeit häufiger junge Mädchen aus höher gebildeten Kreisen bei den Albertinerinnen eingetreten sind, um sich dem zwar schweren, aber auch reiche innere Befriedigung gewährenden Berufe als Krankenpflegerin zu widmen.

Ferner ist durch Vereinigung mit dem Stadtrath von Dresden die Fortführung der im Karolahause bestehenden öffentlichen Hülfsstelle in erheblich vergrössertem Umfange ermöglicht worden.

Der Albertverein erklärte sich gegen Zusicherung einer Beihülfe von 20000 Mk. aus städtischen Mitteln bereit, zur Aufnahme der Hülfsstelle ein mit den nöthigen Räumen und der erforderlichen Einrichtung ausgestattetes Gebäude nach den im Stadtbauamt entworfenen Plänen zu erbauen und die Hülfsstelle zu unterhalten. In dieser wird Verunglückten oder auf öffentlicher Strasse plötzlich Erkrankten die erste Hülfe jederzeit gewährt, und zwar insoweit sie zahlungsfähig sind gegen Erstattung der Gebühren und Verläge nach einem vom Stadtrath aufgestellten Tarif, im Uebrigen aber unentgeltlich.

Nachdem die städtischen Behörden ihre Zustimmung gegeben, ist mit dem Bau des Hauses begonnen worden.

Auch an hochherzigen Spenden hat es nicht gefehlt. Frau Römer-Bienert stiftete ein Kapital von 50000 Mark zur Unterhaltung von 2 Freibetten im Karolahause für hülfsbedürftige Arme aus dem Plauenschen Grunde. Fräulein Ottilie Kobes überwies dem Verein den Betrag von 10000 Mark mit der Bestimmung, die Zinsen zur Unterstützung armer, den besseren Ständen angehörender Frauen in Krankheitsfällen zu verwenden.

Das Vermögen des Albertvereins belief sich am Beginn des Jahres 1896 auf 156530 Mark. Dazu kam im Laufe des Jahres an Einnahmen aus Mitgliederbeiträgen 13453 Mark, an Geschenken und Zuwendungen 21722 Mark, an Vergütung für von Albertinerinnen geleistete Krankenpflege 25119 Mark, an Zinsen aus Grundstücken und Effekten 5800 Mark. Die Ausgaben beliefen sich auf 63537 Mark (darunter 18676 Mark für die Albertinerinnen, 28000 Mark für den Baufond des Karolahauses u. s. w.) Das Vermögen betrug am Schluss des Jahres, einschliesslich Baarbestandes von 8810 Mark, 162181 Mark. Die Freibettenstiftung des Karolahauses betrug am Jahresschluss 313314 Mark, die Pensionskasse der Albertinerinnen 53754 Mark.

Die Zahl der Albertinerinnen belief sich im Jahre 1896 einschliesslich der Lehrschwestern auf 169 (131 bei dem Hauptverein, 38 bei dem Zweigverein Leipzig). Neu traten ein beim Hauptverein 15, ausschieden 13, 1 starb. Zu den 13 freiwilligen Albertinerinnen traten 3 hinzu, während 6 ausschieden. Für lange treue Dienste erhielten 7 Schwestern Auszeichnungen.

Von den Albertinerinnen aus dem Karolahause waren stationirt: 41 in dem Karolahause selbst, einschliesslich der Lehrschwestern, 27 in dem Stadtkrankenhause in Dresden, 2 in der Poliklinik des Albertvereins auf dem Kaiser-Wilhelmsplatze, 3 in der Deutschen Heilstätte zu Loschwitz, 3 in der Kinderheilstätte für Neu- und Antonstadt Dresden (bis Anfang October), 6 in dem Maria-Anna-Kinderhospital (seit October), 1 in der Poliklinik des Maria-Anna-Kinderhospitals in der Hechtstrasse (seit October), 1 in dem Krüppelheim (seit November), 6 bei dem Zweigverein Chemnitz, 2 bei dem Zweigverein Ebersbach, einschliesslich 1 Schwester bei dem Lokal-Zweig-

verein Gersdorf, 2 bei dem Zweigverein Flöha (seit März 3), 1 bei dem Zweigverein Frankenberg, 2 bei dem Zweigverein Freiberg, 1 bei dem Zweigverein Limbach, 2 bei dem Zweigverein Löbau, 4 bei dem Zweigverein Plauen i. V., 1 bei dem Zweigverein Schirgiswalde, 1 bei dem Zweigverein Zschopau, 1 bei dem Frauenverein „Krippe" zu Chemnitz, 2 in Sybillenort, 1 bei dem Stadtkrankenhause Döbeln, 1 bei dem Stadtkrankenhause Freiberg, 2 bei dem Stadtkrankenhause Meerane, 5 bei dem Stadtkrankenhause Plauen i. V., 1 bei dem Stadtkrankenhause Reichenbach i. V. (seit August), 1 bei dem Stadtkrankenhause Riesa, 1 bei dem Stadtkrankenhause Rochlitz, 4 bei dem Stadtkrankenhause Zwickau. 10 Lehrschwestern (einschl. einer freiwilligen Schwester) bestanden im Frühjahr die Prüfung gut, 6 Lehrschwestern im Herbst.

Das Karolahaus erreichte den Höchstbestand mit 1721 Verpflegten mit 64442 Verpflegungstagen und einen mittleren Bestand von 171 Kranken, was einer ansehnlichen Steigerung in der Thätigkeit dieser so segensreichen Anstalt gleichkommt. Im Jahre 1878 waren die entsprechenden Zahlen 109, 4121, 16. Die Einnahme belief sich (darunter an Verpflegungsbeiträgen 133417 Mark) auf 155048 Mark, die Ausgabe auf 164099 Mark (darunter für Beköstigung 84009 Mark). Die Armenpflege und die Beaufsichtigung des Ziehkinderwesens in Dresden wurde in der früheren Weise fortgesetzt. Zu den 157 Ziehkindern zu Beginn des Jahres kamen 69 hinzu, 51 kamen in Abgang, so dass ein Bestand von 171 verblieb.

Das von 8 Schwestern des heil. Borromäus versorgte Krankenhaus zu Grunau zählte 323 Verpflegte, die Zahl der Verpflegungstage belief sich auf 13093.

Die Thätigkeit der 42 Zweigvereine erstreckte sich wesentlich auf Armen- und Krankenpflege, Ueberwachung des Ziehkinderwesens, bei der die erzielten Resultate zumeist als recht günstig bezeichnet werden, Verabreichung von Brot-, Speise- und Kohlenmarken, Veranstaltung von Weihnachtsbescheerungen u. s. w.

### δ) Württemberg.

Der Württembergische Sanitätsverein. (Männer- und Frauenverein.)

In den ersten Jahren des 7. Jahrzehntes dieses Jahrhunderts wurde er gegründet als Verein der Kranken- und Verwundetenpflege im Kriege. 1864 konnte er schon Unterstützungen nach Schleswig-Holstein senden. Im Jahre 1866 übernahm Königin Olga das Protektorat und förderte hierdurch die Entwickelung des Vereins wesentlich. Im Jahre 1866 erhielt der Verein, nachdem die Königin Charlotte das Protektorat nach dem Ableben der Hohen Protektorin übernommen hatte, ein neues Statut und durch die Allerhöchste Entschliessung vom 8. September 1896 Korporationsrechte. Aus dem Statut sei folgendes angeführt:

§ 1. Der unter dem Protektorate Ihrer Majestät der Königin stehende, mit dem bisherigen Württembergischen Sanitätsverein vom Rothen Kreuz identische Württembergische Landesverein vom Rothen Kreuz verfolgt den Zweck: 1. in Kriegszeiten die Aufgaben der freiwilligen Krankenpflege für das Heer in ihrem ganzen Umfange nach Maassgabe der hierfür bestehenden Vorschriften zu erfüllen, auch, soweit sich ein Bedürfniss hierzu ergiebt und die Kräfte des Vereins ausreichen, weitere verwandte Aufgaben in den Kreis seiner Thätigkeit zu ziehen; 2. in Friedenszeiten die Kriegsthätigkeit auf dem Gebiet der freiwilligen Krankenpflege vorzubereiten, namentlich a) für Sammlung von Geldmitteln für den Kriegsfall, b) für Ausbildung von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen, c) für Errichtung und Schulung von freiwilligen Sanitätskolonnen, d) für Anlegung und Erhaltung von Sammlungen von Heil- und Pflegemitteln und für die Sicherung solcher Mittel für den Kriegsfall Sorge zu tragen.

Durch Beschluss der Mitgliederversammlung kann die Thätigkeit des Vereins in

Friedenszeiten auch auf andere mit der Krankenpflege in Beziehung stehende Aufgaben erstreckt werden.

Auch in Kriegen, an welchen Deutschland nicht betheiligt ist, kann der Verein, wenn ein Anlass hierzu vorliegt, in geeigneter Weise Hilfe leisten.

Der Verein, dem vermöge Allerhöchster Entschliessung Seiner Königlichen Majestät vom 8. September 1896 das Recht der juristischen Persönlichkeit verliehen worden ist, hat seinen Sitz in Stuttgart.

Dem Verein sind Seitens des Königlichen Kriegsministeriums Delegirte beigegeben, welche den Mitgliederversammlungen und den Sitzungen des Verwaltungsrathes mit berathender Stimme anzuwohnen berechtigt sind.

§ 12. Mitglied des Vereins ist jede Person, welche sich zu einem jährlichen Beitrag an den Verein von wenigstens 2 Mk. verpflichtet. Durch Beschluss der Mitgliederversammlung kann dieser Mindestbetrag ermässigt oder erhöht werden.

§ 13. Jede Aenderung der Statuten bedarf der Genehmigung der Königlichen Staatsregierung.

Wird die Auflösung des Vereins von der Mitgliederversammlung beschlossen, so kann zugleich die Zuwendung des Vermögens des Vereins an eine oder mehrere wohlthätige Anstalten oder die Stiftung desselben für mit der Krankenpflege in Verbindung stehende Zwecke beschlossen werden. Sowohl der Beschluss der Auflösung des Vereins als auch derjenige einer solchen Zuwendung des Vereinsvermögens bedürfen der Genehmigung der Königl. Staatsregierung.

Das Herabsinken der Zahl der Mitglieder des Vereins unter 10 hat dessen Auflösung zur Folge.

Soweit im Falle der Auflösung ein Beschluss über die Verwendung des Vermögens nicht zu Stande kommt oder die Genehmigung der Königl. Staatsregierung nicht erhält, fällt das Vermögen des Vereins an die Centralleitung des Wohlthätigkeitsvereins mit der Bestimmung der Verwendung desselben für Zwecke der Krankenpflege.

Die Königl. Staatsregierung hat das Recht, von der Einhaltung der vorstehenden Statuten sich zu überzeugen, auch von den Beschlüssen der Mitgliederversammlung und des Ausschusses, sowie von den Rechnungen des Vereins Kenntniss zu nehmen.

Aus dem 9. Rechenschaftsbericht, der die Jahre 1891—1894 umfasst, lässt sich die Vielseitigkeit der Vereinsthätigkeit erkennen:

„Nach dem Mobilmachungsplan von 1894 waren Vereinslazarethe vorgesehen in 35 Orten mit 1298 sofort verfügbaren und mit Raum für im Ganzen 3388 Betten. Vereinslazarethe, welche zwischen dem 10. und 30. Tage nach der Mobilmachung eröffnet werden können, standen in 21 Orten mit 331 sofort belegbaren und mit Raum für im Ganzen 1252 Betten zur Verfügung. Vereinslazarethe, welche erst nach dem 30. Tage nach der Mobilmachung zu beziehen sind, waren an 20 Orten mit 197 schon vorhandenen und mit Raum für 1297 Betten. Für Reconvalescentenstationen waren geeignete Räume angeboten in 10 Orten für 89 Officiere und 420 Mannschaften. Hiernach kann der Verein im Kriegsfall in 86 Orten im Ganzen über Raum für 6446 Betten verfügen, wovon 1826 schon vorhanden, die übrigen aber erst zu beschaffen wären. An den einzelnen Orten sind die nöthigen Vorbereitungen im Mobilmachungsplan so getroffen, dass die vom Central-Bureau ergehenden Weisungen sofort zur Ausführung gebracht werden können."

In nicht minder anerkennenswerther Weise hat sich das Württembergische freiwillige Sanitätscorps, das sich dem Verein zur Verfügung gestellt hat, und dessen Angelegenheiten von der Abtheilung II des Verwaltungs-Ausschusses wahrgenommen werden, im Laufe der letzten 4 Jahre weiter entwickelt: zu den 10 Kolonnen, von

welchen der 8. Rechenschaftsbericht des Vereins Kunde geben konnte, sind inzwischen 5 weitere gekommen, so dass das Corps jetzt aus 15 Kolonnen in einer Gesammtstärke von 835 Mann (1891 : 603 Mann) besteht.

An mehreren Orten sind zum Zweck der Ausbildung von Frauen und Jungfrauen in der Pflege Kranker und Verwundeter ärztlich geleitete Unterrichtskurse eingerichtet worden, die sich einer regen Theilnahme zu erfreuen haben. — Der im Jahre 1892 gegründete neue „Verein für Krankenpflegerinnen" in Stuttgart hat es übernommen, das im Olgahause in Heilbronn begonnene Werk einer gedeihlichen Entwickelung entgegenzuführen durch Verlegung des Mutterhauses der Olgaschwestern nach Stuttgart und Verbindung desselben mit einem eigenen, am 1. April 1894 dem Betriebe übergebenen Vereinskrankenhaus vom Rothen Kreuz, das zum Andenken an das verstorbene Königspaar Karl- und Olga-Krankenhaus genannt und für hundert Kranke eingerichtet ist. Der Verein für Krankenpflegerinnen hat sich verbindlich gemacht, im Kriegsfalle sein gesammtes Personal und den grössten Theil seines Krankenhauses dem Verein zur Verfügung zu stellen. — Auch in der Brüderanstalt Karlshöhe bei Ludwigsburg wird neuerdings der Ausbildung der Brüder in der Krankenpflege vermehrte Sorgfalt zugewendet; es finden regelmässige von Militärärzten aus Ludwigsburg geleitete Unterrichtskurse mit Prüfungen statt. — Das Vermögen des Vereins hat sich auf 148,211 Mk., somit in 4 Jahren um 60,813 Mk. vermehrt.

### ε) Baden.

1. Der Männer-Hilfsverein wurde im Hinblick auf den drohenden Krieg 1870/71 gegründet mit dem Zweck, die im Felde verwundeten oder erkrankten Krieger zu unterstützen. Mit dem Badischen Frauenverein bildete er im französischen Kriege einen Verband: „Die vereinigten Hilfscomités zur Pflege und Unterstützung kranker und verwundeter Soldaten." Damals bestanden schon 61 Männerhilfsvereine, unter ihnen der Karlsruher Männerhilfsvereine, der schon im Jahre 1866 sich dem Frauenvereine angeschlossen hatte. Der Badische Männerhilfsverein beschäftigt sich in erster Linie mit der Errichtung und Einübung eines freiwilligen Krankenträgercorps und der Aufstellung eines Mobilmachungsplanes für die freiwillige Krankenpflege des Landes. Mit dem Frauenverein hat der Männerhilfsverein eine Verbindung in dem Badischen Landeshilfsverein vom Rothen Kreuz, der durch einen Gesammtvorstand gebildet und vertreten wird.

2. Der Badische Frauenverein.

Derselbe wurde mit Rücksicht auf die drohende Kriegsgefahr 1859 unter dem Protektorate der Grossherzogin Louise gebildet mit dem Zweck, ausser der Beseitigung von Nothständen, sein Augenmerk auf die Verbesserung der Krankenpflege zu richten. Als eine seiner wesentlichsten Friedensaufgaben sah er seit seiner Gründung die Ausbildung von gutem Krankenpflege-Personal in eigenen, ihm gehörigen Krankenhäusern an. Er besitzt eine vielgegliederte, über das ganze Land verbreitete Organisation. Schon im Jahre 1864 konnte er die Lazarethe in Schleswig-Holstein unterstützen. Im Jahre 1866 war die Thätigkeit des Vereins in der Unterstützung der Kriegskrankenpflege schon umfangreicher. 1870 und 71 hatten sich die Zweigvereine auf 97 vermehrt, zu denen noch 61 Männerhilfsvereine traten. Nach dem Friedensschlusse hat der Badische Frauenverein eine äusserst vielseitige Thätigkeit entwickelt. Der Haushaltungsunterricht, die Belehrung durch Wanderkochlehrerinnen, Unterweisung im Garten- und Obstbau, in der Beerenweinbereitung, Bienenzucht, Veranstaltungen von Pflanzen- und Gartenbau-Ausstellungen, Unterricht in den weiblichen Handarbeiten, Verleihung von Ehrengaben an weibliche Dienstboten, an Lehrerinnen, Hebammen

und Krankenpflegerinnen durch Vermittlung des Vereins, die Kinderpflege in Krippen, Soolbädern und in der Armenkinderpflege, die Krankenpflege in Anstalts- und Gemeindepflege, in Privatpflege, bei Wöchnerinnenasylen, schliesslich die Armenpflege und allgemeine Wohlthätigkeit sind in grossen Zügen die Aufgaben des Vereins.

Nach dem Stande am 31. Dezember 1896 befanden sich in 52 Krankenanstalten und Stationen an 31 Orten 17 Oberinnen und Oberschwestern, 260 Schwestern, 13 geprüfte Schülerinnen, und betrug die Gesammtzahl der Pflegekräfte 290. Während der Sommermonate waren 2 Schwestern in Badenweiler, 4 Schwestern in dem Kindersoolbad zu Dürrheim und eine Schwester im Landesbad Baden-Baden stationirt. In zahlreichen Fällen konnte die Privatpflegestation in Baden-Baden den Nachfragen nicht entsprechen und musste das Mutterhaus in Karlsruhe Aushilfe geben; 21 Schwestern sind im Laufe der Jahre ausgetreten, 6 Schwestern wurden entlassen und 1 Oberin und 4 Schwestern pensionirt. Unterrichtskurse in der Krankenpflege wurden im Ludwig-Wilhelm-Krankenheim in Karlsruhe (2), in dem akademischen Krankenhause in Heidelberg (2), in dem städtischen Krankenhause in Pforzheim (1) und in der Universitäts-Frauenklinik in Freiburg (1) abgehalten. Die chirurgische und medizinische Klinik in Freiburg, sowie die städtischen Krankenhäuser in Karlsruhe, Mannheim und Ludwigshafen a. Rh. übernahmen in bereitwilligster Weise die praktische Ausbildung von theoretisch geprüften Schülerinnen. Eine Schwester wurde auf die Dauer von 6 Monaten in das Viktoriahaus in Berlin zu ihrer weiteren Ausbildung entsendet. Im Ganzen betrug die Zahl der während des Berichtsjahres in den oben angeführten Anstalten ausgebildeten Schülerinnen, abzüglich jener, welche vor Schluss des Jahres aus irgend einem Grunde wieder entlassen worden sind, 55 (darunter 8 Schülerinnen aus gebildeten Kreisen).

Durch Ihre Königliche Hoheit die Frau Grossherzogin ist wieder eine Anzahl Auszeichnungen an Frauen für langjährige treue Dienste verliehen worden. Es erhielten den Titel Oberin eine Schwester, die Dienstauszeichnung für 20jährige Dienstzeit 5 Schwestern, für 15jährige Dienstzeit 1 Schwester, für 10jährige Dienstzeit 5 Schwestern. Im Anschluss an die Oberinnenkonferenz wurde an 42 neuaufgenommene Schwestern das Dienstzeichen (Broche mit rothem Kreuz) übergeben und zwar durch Ihre Königliche Hoheit persönlich.

Das Gesammtvermögen beträgt nach dem Abschluss am 31. Dezember 1896 1499964 M. 08 Pf., die Schulden 439037 M. 95 Pf., das Reinvermögen 1060926 M. 15 Pf., dasselbe hat im Vergleich mit dem Stand vom 31. Dezember 1895 (von 873337 M. 93 Pf.) zugenommen um 187588 M. 22 Pf. Die Zunahme ist bis zu einem kleinen Betrag veranlasst durch das Ergebniss der Sammlung aus Anlass der Feier des 9. September im Betrag von 168789 M. 37 Pf.

3. Der Badische Landesverein vom rothen Kreuz in Karlsruhe. Der Badische Landesverein vom rothen Kreuz ist gebildet auf Grund des Uebereinkommens vom 18. November 1871. (Abgeändert durch Beschluss der Landesversammlungen der Badischen Männerhilfsvereine und des Badischen Frauenvereins vom 21. und 22. Juni 1889 und ff.).

§ 1. Der Landesausschuss der Badischen Männerhilfsvereine und der Badische Frauenverein treten in eine organische Verbindung und bilden den Badischen Landesverein vom rothen Kreuz.

Sie haben ein gemeinsames Vereinsvermögen, das aus den in Kriegszeiten angesammelten und nicht verbrauchten Geldern der Hauptkasse und Vorräthen des Hauptdepots besteht.

§ 2. Die Oberleitung der den Badischen Männerhilfsvereinen und dem Badischen Frauenverein gemeinsamen Angelegenheiten führt der Gesammtvorstand des Badischen

Landesvereins vom rothen Kreuz. In demselben ist der Landesausschuss der Badischen Männerhilfsvereine und der Badische Frauenverein durch je fünf stimmführende Delegirte vertreten, die ihr Amt jeweils auf 2 Jahre übernehmen und von denen je 2 in Karlsruhe ihren ständigen Wohnsitz haben müssen. Ausserdem ernennt der Landesausschuss der Badischen Männerhilfsvereine und der Badische Frauenverein auf die gleiche Amtsdauer je fünf Stellvertreter, von denen ebenfalls je 2 ihren ständigen Wohnsitz in Karlsruhe haben müssen. Dieselben haben das Recht, allen Verhandlungen des Gesammtvorstandes beizuwohnen und sich an dessen Verhandlungen zu betheiligen, können aber ihre Stimmen nur bei Verhinderung der stimmführenden Delegirten abgeben.

Die stimmführenden Mitglieder des Gesammtvorstandes wählen aus der Zahl der in Karlsruhe wohnenden Mitglieder einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter durch Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Loos.

§ 3. Als gemeinsame Angelegenheiten werden vorerst betrachtet:

1. die Verwaltung des gemeinsamen Vermögens;
2. die auf die Vorbereitung zum Krieg gerichtete Thätigkeit der Badischen Männerhilfs- und Frauenvereine;
3. die Vertretung des Badischen Landesvereins im Centralkomité der Deutschen Vereine vom rothen Kreuz, sowie bei den internationalen Konferenzen.

Dem Gesammtvorstande können andere gemeinsame Aufgaben nur unter Zustimmung des Landesausschusses der Badischen Männerhilfsvereine und des Vorstandes des Badischen Frauenvereins zugewiesen werden.

§ 4. Eine Verwendung des jährlich zu bestimmenden Grundstocks des gemeinsamen Vereinsvermögens kann nur erfolgen, wenn der Landesausschuss der Männerhilfsvereine und der Vorstand des Frauenvereins zustimmen.

§ 5. Bei Ausbruch eines Krieges übernimmt der Gesammtvorstand des Badischen Landesvereins vom rothen Kreuz die ausschliessliche Leitung der gesammten auf den Krieg bezüglichen Thätigkeit der Badischen Männerhilfs- und Frauenvereine und die unbeschränkte Verfügung über das gemeinsame Vermögen.

Aus dem letzten offiziellen Bericht, dessen Einsicht Herr Oberst z. D. Stiefbold in entgegenkommendster und dankenswerthester Weise gestattete, möge Folgendes angeführt werden: Am 1. Januar 1897 besass der Verein in seiner Kasse, einschliesslich des Landesausschusses der Badischen Männerhilfsvereine, 141 900,90 Mk. Die 20 Männer-Zweigvereine besassen 2654 Mitglieder und 84 932,71 Mk., die 224 Frauenvereine 30993 Mitglieder und 522 816 Mk. Vermögen, die 36 Kriegervereins-Sanitätskolonnen hatten 908 ausgebildete Mitglieder, acht andere Sanitätskolonnen hatten 332 Mitglieder, 3 Genossenschaften freiwilliger Krankenpflege hatten 201 Mitglieder. Die Einnahmen des Landesvereins betrugen 20569,43 Mk., die Ausgaben 20 367,59 Mk. Für den Fall des Krieges stehen 56 Aerzte für das Inland und 20 Aerzte für den Kriegsschauplatz zur Verfügung. Männliches Pflegepersonal für den Dienst im Felde 4, für den Dienst der Besatzungsarmee 6. Weibliches Pflegepersonal: für den Dienst im Felde 110, für den Dienst bei der Besatzungsarmee 120 und zwar barmherzige Schwestern, Diakonissen und Rothe Kreuz-Schwestern. Ausserdem verfügt der Landesverein noch über 150 Schwestern vom Rothen Kreuz, die in Krankenhäusern und Staatskliniken sich befinden, die sich an der Verwundetenpflege betheiligen. Die Zahl der Schwestern vom Rothen Kreuz wird sich im Ernstfalle auf den zu erlassenden Aufruf an die früheren Vereinsschwestern, deren Aufenthalt zur Zeit nicht allgemein bekannt ist, nicht unwesentlich vermehren. Von den 1240 Mitgliedern der Sanitätskolonnen werden 513 zu den Fahnen einberufen, so dass 727 zur Verfügung des Rothen Kreuzes bleiben, ausser den 201 freiwilligen Krankenpflegern. Im Kriegsfalle stehen dem Rothen Kreuz 1212 Betten zur Verfügung.

## Anhang: Die Landkrankenpflege im Grossherzogthum Baden.

Der Mangel an geeignetem Pflegepersonal macht sich nirgends fühlbarer, als auf dem Lande. Da man im Grossherzogthum Baden davon überzeugt war, dass man bei einer noch so reichlichen Schwesternvermehrung im Laufe der nächsten Jahrzehnte doch nicht in der Lage sein würde, die kleineren Städte und Landgemeinden mit vollausgebildeten Schwestern zu versorgen, so wurde auf Anregung Ihrer Königlichen Hoheit der Frau Grossherzogin im Jahre 1885 von der Abtheilung III des Badischen Frauenvereins die Beschaffung von Helferinnen der Landkrankenpflege in Angriff genommen. Die Ausbildung erfolgt in einem theoretischen Kurs von 4 bis 6 wöchentlicher Dauer unter Leitung eines bewährten Arztes, früher in der Klinik des Frauenvereins, neuerdings im Ludwig-Wilhelm-Krankenheim und ausnahmsweise in einzelnen Städten, die Sitz einer Kreisverwaltung sind und ferner in einer durch das Entgegenkommen der betreffenden Behörden ermöglichten praktischen Unterweisung in einem Karlsruher oder anderem Krankenhause, dieser praktische Theil soll nicht weniger als 2 Monate dauern. Man war sich einerseits von vornherein dessen bewusst, dass diese Ausbildungszeit zur Heranbildung von Berufspflegerinnen zu kurz sei, man wollte anderseits aber auch nur Helferinnen des Arztes schaffen, die dessen Anordnungen richtig verstehen und ausführen könnten, die eine Gewähr dafür bieten könnten, dass die ärztliche Behandlung auch von Seiten des Kranken und dessen Umgebung hinreichend unterstützt würde. Um jeden Verdacht der Kurpfuscherei von vornherein zu beseitigen, wird den Landkrankenpflegerinnen beim Antritt ihres Berufes zur Pflicht gemacht, sich jedes selbstthätigen Eingreifens zu enthalten und sich auch durch die Kranken selbst nicht bewegen zu lassen, von den Anordnungen des Arztes abzugehen.

Der Unterricht ist kostenlos, für Verpflegung ist pro Tag und Schülerin 1 Mark zu zahlen, die Verpflegungskosten während des theoretischen Unterrichts trägt gewöhnlich die Kasse des Badischen Frauenvereins, diejenigen während des praktischen Unterrichts haben die Schülerinnen selbst oder ihre Auftraggeber (Gemeinden, Kreisausschuss, Krankenpflegeverein etc.) zu tragen. Laufen genügend Meldungen ein, so werden jährlich 2 Ausbildungskurse (im Frühjahr und im Herbst) abgehalten, andernfalls wird nur jährlich einer veranstaltet.

In der Zeit von 1885—1896 sind im Ganzen 120 Personen zu Landkrankenpflegerinnen ausgebildet, von denen 44 aus verschiedenen Gründen (Tod, Heirath etc.) ausgetreten sind, so dass jetzt (1897) noch 76 Pflegerinnen vertheilt über fast alle Amtsbezirke des Grossherzogthums Baden, ausgenommen die Kreise Baden, Mannheim und Mosbach, thätig sind.

Der Badische Frauenverein übernimmt wohl die Ausbildung der Pflegerinnen, überlässt jedoch die Anstellung und Besoldung derselben den Bezirken, in denen jene wirken. Daher beziehen die Pflegerinnen in einzelnen Gemeinden festes Gehalt, in andern Wartegelder, wofür sie die erkrankten Armen unentgeltlich zu pflegen haben. Die Pflege in wohlhabenden Familien wird ebenso örtlich verschieden bezahlt. Verschiedene Kreisverbände haben die Kosten für die Ausbildung der Kreiskrankenpflegerinnen übernommen. Im Kreise Karlsruhe sind die Gemeinden veranlasst worden, mit der Aspirantin einen Vertrag abzuschliessen, nach dem diese sich verpflichtet, mindestens 4 Jahre lang nach vollendeter Ausbildung in der Gemeinde als Krankenpflegerin zu verbleiben und im Falle früheren Ausscheidens die vom Kreise gewährte Unterstützung zurückzuzahlen; ferner ein Tagebuch zu führen, in dem ihre Leistungen sowie die beanspruchten Gebühren verzeichnet sind. Dafür erhalten die angestellten Pflegerinnen ausser den Gebühren durch die Pflege in zahlungsfähigen Familien einen Gehaltssatz von 80 Mark jährlich aus der Gemeindekasse, von denen der Kreis 60 Mark zusetzt.

Als Gebühr gilt für einen gewöhnlichen Krankenbesuch 20 Pfennige, für einen Besuch mit grösseren Verrichtungen oder von 6 stündiger Dauer 50 Pfennige, für eine Tag- oder Nachtwache 70 Pfennige. Werden die Verrichtungen im ärztlichen Auftrag bei Ortsarmen ausgeführt, so hat die Pflegerin die gewöhnlichen Krankenbesuche unentgeltlich, die anderen Einzelleistungen für die Hälfte der Gebühr zu verrichten, die Beträge werden an den Armenrath liquidirt.

Bei Antritt ihres Berufes werden der Landkrankenpflegerin in Fällen jenes Vertrages von der Kreisverwaltung die erforderlichen Ausstattungsgegenstände übergeben, die sie bei Beendigung des Dienstverhältnisses zurückerstattet.

Um zugleich fähig zu sein, auch die Vertretung der erkrankten Hausfrau übernehmen zu können, so werden die Landkrankenpflegerinnen während ihrer Ausbildungszeit auch im Kochen, insbesondere in der Zubereitung einfacher Krankenspeisen unterwiesen.

Im Laufe des Sommers werden die Landkrankenpflegerinnen im Auftrage des Badischen Frauenvereins von Vereinsschwestern revidirt, wobei das ganze Gebiet der Berufsthätigkeit eingehend besprochen wird.

Ihre Königliche Hoheit, die Frau Grossherzogin hat für die Landkrankenpflegerinnen ein Dienstzeichen gestiftet, das den neuangestellten am 3. December, als am Geburtstage der hohen Frau, durch die Vorstände der betreffenden Gemeinde oder des anstellenden Vereins überreicht wird.

Die Einrichtung hat sich in solchen Landorten, die sich nicht in der Lage befinden, Stationen von barmherzigen Schwestern, Diakonissen oder Vereinschwestern zu gründen und zu unterhalten, gut bewährt.

Der Badische Frauenverein bestätigt in einem besonderen Bericht, dass er bei Weitem mehr günstige als ungünstige Erfahrungen mit dieser Einrichtung gemacht habe, allerdings lege er ein Hauptgewicht darauf, die Ausbildung der Landkrankenpflegerinnen immer gründlicher zu gestalten, vor Allem aber die Fühlung mit ihnen stets aufrecht zu erhalten, um sie zu einer ernsten, würdigen Auffassung ihres Berufes zu bringen und dabei zu erhalten.

### ζ) Hessen.

1. Der Hilfsverein vom Rothen Kreuz im Grossherzogthum Hessen (Männerverein).

Im Grossherzogthum Hessen wurde schon im Jahre 1859 wie in Baden ein unter dem Protektorate des Prinzen und der Prinzessin Karl von Hessen gegründeter Verein, „der Hilfsverein im Grossherzogthum Hessen für die Krankenpflege und Unterstützung der Soldaten im Felde“, der Mittelpunkt der Rothen Kreuz-Bestrebungen. Durch die Erfahrungen des Krieges von 1866 wurde die Ausbildung und Ausrüstung von Sanitätskolonnen in Angriff genommen und gefördert. Der Verein regte auch im Jahre 1867 die Konferenz von Delegirten deutscher Hilfsvereine und die Herstellung einer organisirten Verbindung unter den Vorständen an. Die Wirksamkeit des Vereins im Kriege 1870/71 war eine ausserordentlich rühmenswerthe. Die Friedensthätigkeit des Vereins ist eine äusserst rege. Der Verein nannte sich seit einigen Jahren: „der Hilfsverein vom Rothen Kreuz im Grossherzogthum Hessen“, seit 1897 nennt er sich: „Hessischer Landesverein vom Rothen Kreuz“.

Dem Verein standen zu Beginn des Jahres 1897 zur Verfügung 256 Krankenträger für den Dienst am Ort und 65 für den Dienst im Felde.

Ferner 39 Diakonissen und barmherzige Schwestern, sowie 76 Rothe Kreuz-Schwestern vom Aliceverein und zwar für den Dienst am Ort und im Felde.

2. Der Alice-Frauenverein.

Der hessische Frauenverein wurde im Jahre 1867 gegründet. Seit 1869 führt er den Namen: „Alice-Frauenverein für die Krankenpflege im Grossherzogthum Hessen“, nach der Prinzessin Ludwig von Hessen, Alice, der späteren Grossherzogin, die das Protektorat übernahm. Der Aliceverein setzte sich in erster Linie die Ausbildung von Krankenpflegerinnen zur Aufgabe. Während des deutsch-französischen Krieges hat auch dieser Verein die opferwilligste und eifrigste Thätigkeit entwickelt. Der Verein hatte Ende 1896 17 Zweigvereine, davon 5 in der Provinz Starkenburg, 9 in Oberhessen und 3 in Rheinhessen. 7 Zweigvereine haben Vereinspflegerinnen an ihrem Sitze unmittelbar zur Verfügung. Die Gesammtzahl der Mitglieder der Zweigvereine betrug im Jahre 1897: 3293.

Die Stärke des Vereins beruht auf seinen aktiven Mitgliedern, die durch seine Berufspflegerinnen dargestellt und seit 1894 „Schwestern vom Rothen Kreuz des Alicevereins“ genannt werden. Die Aufnahme einer Lehrpflegerin als aktives Mitglied kann erst dann erfolgen, wenn diese nach dem Lehrjahr noch einige Jahre als Berufspflegerin thätig war und durch ihre Leistungen und ihre Selbstlosigkeit sich würdig und fähig gezeigt hat, ein aktives Mitglied zu werden. Ende des Jahres 1897 waren 76 aktive Mitglieder vorhanden.

Anhang:

Durch die Vereinbarung vom 1. Oktober 1895 haben sich die beiden hessischen Vereine zur gemeinsamen Thätigkeit im Kriegsfall zusammengeschlossen. Sie bilden durch Delegirte einen gemeinsamen Vorstand: den sogenannten „verstärkten Vorstand des hessischen Landesvereins vom Rothen Kreuz“. Der Kriegsbereitschaftsplan (Organisation) vom 10. Dezember 1896 giebt genaue Bestimmungen über die Geschäftsführung des verstärkten Vorstandes, über die Einrichtung eines Centralbureaus und Finanzausschusses, über neuzubildende Abtheilungen (Lazarethabtheilung, Krankentransport, Materialabtheilung, Auskunftsstelle, Invalidenabtheilung) und über deren vorläufig, d. h. auch im Frieden zu bildende Stämme. Dem verstärkten Vorstande erstatten alle Zweigvereine regelmässige Berichte über ihre Kriegsthätigkeit.

η) Mecklenburg.

1. Der Männer-Landesverein vom Rothen Kreuz.

Im Juni 1864 wurde der „Mecklenburgische Landesverein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger“ gegründet, der schon im Jahre 1866 mit Geld und Materialien die Lazarethe in Böhmen und Mitteldeutschland unterstützte. Im Kriege 1870/71 leistete er hierin noch weit mehr. Im Jahre 1894 bestand er aus 17 Lokalkomités. Die Zahl der Mitglieder betrug am 30. Juni 1896: 1865, das Vereinsvermögen 68179 M. Die Sanitätskolonnen wiesen auf 14 Aerzte, 254 Krankenträger, 48 Tragen und 15 Verbandkästen. Die Einnahmen beliefen sich während der Zeit vom 1. Juli 1894 bis 30. Juni 1896 auf 14031,22 M., die Ausgaben auf 14002,03 M.

2. Der Marien-Frauenverein.

Im Jahre 1880 wurde in Mecklenburg ein Frauenverein gegründet, der nach der Stifterin und hohen Protektorin, Grossherzogin Marie, der „Mecklenburgische Marien-Frauenverein“ genannt wurde. Er beschäftigt sich in der Hauptsache mit der Ausbildung von Krankenpflegerinnen. Am 1. Januar 1897 waren 18 Vollschwestern vorhanden, die auf 10 Stationen arbeiteten. Der Verein zählte 1642 Mitglieder im Hauptverein und 9 Zweigvereine.

### ϑ) Oldenburg.

Der Landesverein zur Linderung von Kriegsleiden (Männer- und Frauenverein).

Im Jahre 1864 wurde in Oldenburg ein Verein für verwundete Krieger gebildet, der 1866 die Lazarethe unterstützte. Ein zweiter Verein, ebendaselbst in jener Zeit begründet, unterstützte die Familien der im Felde stehenden Krieger, sowie diese selbst.

Im deutsch-französischen Kriege waren beide Vereine gemeinsam thätig unter dem Namen „Oldenburgischer Landesverein zur Linderung von Kriegsleiden". Dieser Verein besteht noch heute. Aus seinem letzten Rechenschaftsbericht geht Folgendes hervor: Der Verein ist am 2. Januar 1864 gebildet, seine Statuten sind vom Grossherzoglichen Staatsministerium am 1. August 1872 bestätigt worden. Er ist sowohl Zweigverein des Central-Komités der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz als Zweigverein der Kaiser Wilhelms-Stiftung für deutsche Invaliden und widmet sich der von beiden Vereinen vertretenen Aufgabe. Die Mitgliederzahl betrug am 1. Januar 1897 1300. Im Kriegsfall verfügt der Verein über 10 Krankenpflegerinnen. Dank der Bereitwilligkeit der Mitglieder der Oldenburger Turner-Feuerwehr, sich als Krankenträger ausbilden zu lassen, stehen dem Vorstande 40 ausgebildete Krankenträger daselbst zur Verfügung. Die Gesammtsumme der Einnahmen in den 5 Jahren 1892—1896 betrug 25670 M. Die 20219 M. betragenden Ausgaben bestanden in bewilligten Unterstützungen 16345 M., Geschäftskosten u. s. w. 1907 M., Ausbildung von Krankenpflegerinnen 1500 M., Verbandmitteln u. s. w. 209 M., Verschiedenem 255 M.

### μ) Sachsen-Weimar und die Thüringischen Staaten.

1. Die Männer-Landesvereine.

Im Jahre 1868 wurde in Weimar, 1869 in Altenburg, 1870 in Gotha und Coburg je ein Landesverein zur Pflege verwundeter Krieger errichtet. Sie unterstützten im Kriege 1870/71 die Lazarethe nach Kräften mit Geld und Materialien. Die einzelnen Vereine verbanden sich zu einem Grossherzoglich sächsischen Landesverein vom Rothen Kreuz, dessen Thätigkeit in der Ausbildung von Sanitätskolonnen und Krankenpflegern, sowie in der Beschaffung von Kriegskrankenpflegematerial besteht. Innerhalb des Grossherzoglichen Landesvereins vom Rothen Kreuz bestehen gegenwärtig 10 Sanitätskolonnen, nämlich in Allstedt mit 23 Mitgliedern, Apolda 40, Berga a. Elster 38, Buttstädt 13, Ilmenau 24, Magdala 16, Neustadt a. Orla 80, Stadtsulza 25, Stotternheim 24, Weimar 49, Summa 332 Mitglieder. Diese Sanitätskolonnen stehen dem Verein in Frieden und im Kriegsfalle zu Gebote. Das Vereinsvermögen besteht in rund 32000 M., die Jahreseinnahme beträgt 1700 M.

Auf Kosten des Landesvereins werden alljährlich Krankenpfleger bei den Grossherzoglichen Landesheilanstalten in Jena ausgebildet. Bis jetzt sind 8 ausgebildet worden. Dieselben stehen dem Verein im Frieden und Kriegsfalle zur Verfügung. Die Zahl der bis jetzt ausgebildeten Krankenpfleger ist eine noch sehr geringe. Das hat seinen Grund darin, dass sich nur wenige zu diesem schweren Beruf bereit finden. Von den wenigen sind dann auch die meisten noch ungeeignet.

Der schon im Jahre 1863 gegründete Eisenacher Bezirksverein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als er in keinem Verhältniss zu dem Grossherzoglich Sächsischen Landesverein (Weimar) steht. Vielmehr ist er ein unabhängiger Verein innerhalb des deutschen Rothen Kreuzes und untersteht unmittelbar dessen Centralkomité. Er unterhält eine Sanitätskolonne. Auch unterstützt er das Schwesternhaus in Eisenach, wo sich etwa 60 Schwestern befinden.

2. Das patriotische Institut des Frauenvereins im Grossherzogthum Sachsen.

Das Institut ist schon im Februar 1814 in den Nöthen der Freiheitskriege gegründet worden und zwar durch die damalige Erbgrossherzogin, spätere Grossherzogin Marie Paulowna. Im Jahre 1859 übernahm die Grossherzogin Sophie das Amt der Obervorsteherin des Instituts, das sich nun erheblich vergrösserte. Im Jahre 1875 erfolgte durch das Institut die Gründung einer Anstalt für Krankenpflege und zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen, die im Jahre 1886 durch eine hochherzige Schenkung der Grossherzogin Sophie ein eigenes Heim, das Sophienhaus, Krankenhaus und Schwesternmutterhaus zugleich erhielt und heute 118 Schwestern zählt. Im Jahre 1883 war schon das Kinderheilbad in Sulza gegründet worden, das, eine Tochteranstalt des Pflegerinneninstituts, dazu dient, armen und kränklichen Kindern den Gebrauch der Soolquellen Sulzas zu ermöglichen und jährlich etwa 300 Kindern Aufnahme gewährt. Im Jahre 1892 wurde eine geordnete Gemeindepflege im ganzen Lande eingeführt, die durch Stationirung von Pflegeschwestern in den grösseren Gemeinden des Grossherzogthums auch dem flachen Lande die Wohlthat geschulter Krankenpflege zu Theil werden lässt. Heute sind in 36 Stationen Sophienschwestern thätig und entwickeln eine segensreiche Wirksamkeit. Auch plant das patriotische Fraueninstitut auf Veranlassung der nunmehr verewigten hohen Protektorin die Gründung einer Volksheilstätte. Das patriotische Institut zerfällt in 8 Centralvereine: Weimar (mit 49), Jena (mit 17), Ilmenau (mit 10), Allstedt (mit 10), Neustadt a. O. (mit 8), Eisenach (mit 25), Eisenacher Oberland (mit 51 Lokalvereinen) und Apolda. Der Verein Weimar umfasst 1 Industrieschule, 1 Spinnanstalt, 1 Arbeitsanstalt für Erwachsene, 1 Kinderbewahranstalt, 1 Suppenanstalt, 1 Kochschule, 1 Haushaltungsschule, sowie die Anstalten zur Unterstützung armer Wöchnerinnen, zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen ausserhalb Weimars, zur Krankenpflege und Linderung ausserordentlicher Nothstände, sowie das Luisenstift.

Aehnlich gestalten sich die Einrichtungen in Jena und Eisenach. In letzterer Stadt untersteht eine Reihe grösserer Stiftungen der Leitung des Lokalvereins.

Die Lokalvereine in den kleinen Städten und auf dem Lande bethätigen sich hauptsächlich durch Leitung von Industrie-Anstalten, in vielen Orten auch von Kinderbewahrschulen; auch dehnt sich die Wirksamkeit derselben mehr und mehr auf Kranken- und Armenpflege, Ueberwachung der Waisen- und Pflegekinder, Ertheilung von gewerblichem Unterricht an Knaben aus.

Die Kinderbewahranstalten der Vereine erfreuen sich eines stets wachsenden Besuchs.

Durch eine höchste Verordnung der Durchlauchtigsten Protektorin wurde es freigegeben, dass junge Mädchen gebildeten Standes, die für den Pflegeberuf ein warmes Interesse haben und denen doch persönliche Verhältnisse, ob zunächst, ob für immer, den Eintritt als Schwester verwehren, im Sophienhaus Ausbildung für die Krankenpflege empfangen können. Der Unterricht wird unentgeltlich gewährt, nur ist ein kleines Kostgeld zu entrichten; der Lehrkursus soll in der Regel 12 Monate umfassen. Nach vollendeter Lehrzeit werden die Betreffenden in ihre Heimath entlassen und können das Gelernte dort in Ausübung der Gemeindepflege praktisch verwerthen; doch sind sie verpflichtet, sich mindestens alle 2 Jahre zu einem 4- bis 6wöchigen Uebungskursus einberufen zu lassen. Man hofft auf diese Weise mit der Zeit eine Anzahl von „Hilfsschwestern“ heranzubilden, welche dem Sophienhaus in besonderen Nothzeiten, hauptsächlich aber auch für den Fall eines ausbrechenden Krieges zur Erfüllung seiner weitgehenden Aufgaben hilfsbereit zur Verfügung sein würden.

ν) Anhalt.

1. Der Landesverein vom Rothen Kreuz

Im Jahre 1868 trat der „Anhaltische Landesverein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger“ mit 5 Kreisvereinen ins Leben und unterstützte im Jahre 1870 die freiwillige Kriegskrankenpflege in hervorragender Weise. An baarem Gelde verausgabte er 137 721 Mk., ausserdem noch Naturalien im Werthe von 56475 Mk. In den Reservelazarethen des Landes wurden eine grosse Anzahl Kranker und Verwundeter verpflegt, dazu wurden nicht unerhebliche Geldmittel auf die sogen. Liebesgaben verwandt. Der Kreis Köthen soll allein 148 554 Mk. für die verschiedenen Wohlthätigkeitszwecke aufgebracht haben. Die Kriegsbereitschaft und die Sanitätskolonnen sind neuerdings die Hauptaufgaben des Vereins.

2. Der Landesverband der vaterländischen Frauenvereine des Herzogthums Anhalt, im Besonderen der Frauenzweigverein Dessau.

Der Dessauer Frauenverein wurde 1866 zum Zweck der Linderung von durch Armuth und Krankheit, Verwaisung und Verwahrlosung bewirkten Nothständen gegründet. Die Kriege von 1866 und 1870 machten jedoch auch die Fürsorge für Kranke und Verwundete zur Pflicht. Im Februar 1872 wurde der Verein neu konstituirt auf einer Grundlage, die neben der Fürsorge für die im Felde verwundeten und erkrankten Krieger auch die fortgesetzte Arbeit auf allen Gebieten der Wohlthätigkeit umfasste. Die Stadt Dessau wurde in 10 Armen- und Krankenpflegebezirke unter Leitung von 10 Mitgliedern des Vereins und Anstellung einer, später einer zweiten Berufskrankenpflegerin neben einer Berufsarmenpflegerin, getheilt. Nach und nach wurden sechs Pflegerinnen angestellt, und zwar Diakonissen von dem inzwischen durch die Frau Herzogin von Anhalt neugegründeten Anhaltischen Diakonissenhause. Neue Aufgaben gesellten sich hinzu: eine Krippenanstalt, eine Kinderbewahranstalt, eine Volksküche, ein Mädchenhort, Ueberwachung des Haltekinderwesens und die Waisenkindererziehung, Sammelkassen der Schulkinder, Miethzinssparbücher, ferner die Mitwirkung bei der Beschaffung eines Musterdepots und erheblicher Wäschevorräthe, überhaupt bei der Vorbereitung der Kriegsbereitschaft. Im Jahre 1892 wurde der Verband zwischen den vaterländischen Frauenvereinen des Herzogthums Anhalt gegründet, derselbe umfasst 9 Zweigvereine. Die Zahl der Mitglieder betrug im Jahre 1896: 1873. Im Dienste des Vereins sind thätig: eine Schwester vom Rothen Kreuz, 8 Diakonissen und 4 Pflegerinnen ohne Mutterhaus. Der Vermögensbestand des Verbandes belief sich am 1. Januar 1897 auf 21 875 Mk.

An den Zweigverein Dessau haben sich noch angegliedert der Rekonvalescentenverein und der Antoinettenfond, zur Deckung der Verpflegungskosten unterstützungsbedürftiger Kranker im Dessauer Krankenhause. Am 1. Januar 1897 belief sich das Vermögen des Zweigvereins Dessau auf 38 993,88 Mk.

ς) Sonstige Vereine vom Rothen Kreuz, d. h. Vereine, die sich die Pflege der verwundeten und kranken Krieger im Felde und die Heranbildung von Krankenpflegerinnen, Krankenpflegern und Krankenträgern zur Aufgabe stellen, sind noch in Braunschweig, Hamburg, Bremen und Lübeck vorhanden. Ueberall sind auch Frauenvereine, die den Landesvereinen vom Rothen Kreuz unterstützend zur Hand gehen.

3. Der Verband deutscher Krankenpflegeanstalten vom Rothen Kreuz.

Der Vorstand des Vaterländischen Frauenbezirksvereins in Kassel erliess im Auftrag des Vorstandes des Vaterländischen Frauenvereins in Berlin eine Einladung

zu einer Konferenz am 28. September 1894 an alle Vereine und Anstalten, die sich der Ausbildung oder Unterstützung von berufsmässigen Krankenpflegerinnen unter dem Rothen Kreuz zum Zwecke der öffentlichen Krankenpflege widmen. Man begründete damals einen Verband, dem jetzt folgende Vereine und Anstalten angehören:

1. Der Alice-Frauenverein für Krankenpflege in Darmstadt, 2. die Kahlenberg-Stiftung in Magdeburg, 3. der Vaterländische Frauenzweigverein in Berlin, SW., Zimmerstrasse 90/91, 4. der Vaterländische Frauenverein in Elberfeld, 5. der Vaterländische Frauenhilfsverein in Hamburg, 6. der Verein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger zu Frankfurt a. M., 7. der Vaterländische Frauen-Bezirksverein zu Cassel, 8. der Verein von Krankenpflegerinnen in Stuttgart, 9. Provinzial-Pflegerinnenanstalt „Klementinenhaus" in Hannover, 10. der Vaterländische Frauenverein in Frankfurt a. M., 11. der Wiesbadener Verein vom Rothen Krouz, 12. die Stadtverwaltung Braunschweig (Adr.: Herr Geh. Sanitätsrath Dr. Praël), 13. der Mecklenburgische Marien - Frauenverein in Schwerin (Adr.: Herr Oberst v. Weltzien), 14. der Verband der Vaterländischen Frauenvereine der Provinz Brandenburg (Herr Landesrath Meyer in Berlin W., Matthäikirchstrasse 19), 15. der Vaterländische Frauenverein zu Braunschweig (Adr.: Herr Oberamtsrichter Nolte, Bammelsbergerstrasse 3). 16. „Märkisches Haus für Krankenpflege", Berlin, W., Kleinbeerenstrasse 7, 17. Gräfin Rittberg'scher Hilfs - Schwesternverein zu Berlin (v. d. Heidtstrasse 8), 18. Anschar-Schwestern- u. Krankenhaus in Kiel, 19. Rothes Kreuz, Schwesternheim für Köln und Rheinprovinz für Krankenpflege, 20. Krankenpflege- und Heilsanstalt des bayerischen Frauenvereins in München (Nymphenburgerstrasse 163).

Für den Verband ist folgendes Statut maassgebend:

§ 1. Deutsche Vereine und Anstalten, die sich der Ausbildung oder Unterstützung von berufsmässigen Krankenpflegerinnen unter dem Rothen Kreuze zum Zwecke der öffentlichen Krankenpflege widmen, bilden einen Verband unbeschadet ihres Zusammenhanges mit sonstigen Vereinsorganisationen und ihrer eigenen Selbstständigkeit.

Der Verband untersteht dem Centralkomité der deutschen Vereine vom rothen Kreuz und hat das Centralkomité die Entscheidung darüber, ob ein Verein oder eine Anstalt als zum Rothen Kreuz gehörig zu betrachten ist.

§ 2. Derselbe führt den Namen „Verband deutscher Krankenpflege-Anstalten vom Rothen Kreuz." Seine Krankenpflegerinnen sind „Schwestern vom Rothen Kreuz" und tragen ein von der Verbandssitzung zu bestimmendes besonderes Abzeichen.

§ 3. Zweck des Verbandes ist die Wahrung der gemeinsamen Interessen aller angeschlossenen Vereine und Anstalten insbesondere:

1. die Fürsorge für Alter und Invalidität der Schwestern vom Rothen Kreuz,
2. der Schutz ihrer Abzeichen,
3. die Abhaltung einer jährlichen Verbandssitzung.

§ 4. Die Beschlussfassung im Verbande erfolgt mit absoluter Mehrheit der in der Verbandssitzung vertretenen Vereine. Jeder Verein hat eine Stimme, die Tagesordnung und Vorlagen für die Verbandssitzung sind den Vereinen vorher bekannt zu machen. Die Beschlussfassung im Verbande bindet den einzelnen Verein nur insoweit, als derselbe nicht zum Protokoll der Verbandssitzung alsbald oder innerhalb eines Monats nach der Verbandssitzung widersprochen hat.

§ 5. Die Vertretung des Verbandes, sowie die Führung der Verbandsgeschäfte erfolgt durch einen von der Verbandssitzung auf 3 Jahre mit relativer Stimmenmehrheit zu wählenden Ausschuss. Derselbe besteht aus 5 Mitgliedern und hat das Recht

der Zuwahl. Derselbe beschliesst eine Geschäftsordnung für die Verhandlungen der Verbandssitzung, sowie für seine eigenen Sitzungen. Er beruft die Verbandssitzung und bereitet die zur Beschlussfassung zu stellenden Vorlagen vor.

Das Centralkomité und der ständige Ausschuss der deutschen Frauen-, Hülfs- und Pflegevereine haben das Recht, sich bei jeder Sitzung des Verbandsausschusses und bei jeder Verbandssitzung durch Delegirte vertreten zu lassen.

Ebenso wird der erste Vorsitzende zu allen Berathungen des ständigen Ausschusses, die sich auf die Krankenpflege, sowie auf die Fürsorge für die Krankenanstalten und Krankenpflegerinnen beziehen, als Theilnehmer mit berathender Stimme hinzugezogen werden.

§ 6. Anträge für die Verbandssitzung von Seiten einzelner Vereine, sowie eine etwaige jederzeit unbeschadet der erworbenen Rechte und Pflichten zulässige Austrittserklärung eines Vereins aus dem Verbande erfolgen an den jeweiligen Vorsitzenden des Verbandsausschusses.

§ 7. Jeder Verein zahlt zur Verbandskasse bis auf weiteren Verbandsbeschluss jährlich 20 Mark.

Anhang: „Keine dem Verbande deutscher Krankenpflegeanstalten vom Rothen Kreuz angehörige Anstalt darf eine aus einer Anstalt des Verbandes ausgetretene Schwester unter seine Schwestern aufnehmen, ehe er mit der Anstalt, der die Schwester bisher angehört hat, in Verbindung getreten ist.“ (Beschluss der Jahresversammlung vom 1. October 1897.)

Die einzelnen Vereinigungen und Anstalten sollen, soweit sie nicht schon bei den Landesvereinen vom Rothen Kreuz erörtert sind, im nachfolgenden kurz besprochen werden:

Die Kahlenberg-Stiftung in Magdeburg.

Der Rentier Kahlenberg in Magdeburg hatte der Stadt 100000 Mark zur Begründung einer Anstalt zur Ausbildung weltlicher Krankenpflegerinnen testamentarisch vermacht. Mitte Mai 1880 wurde diese Anstalt als Krankenhaus eröffnet. Im Anschluss an diese Stiftung bildete sich ein Verein, dessen Vorstand die seit 29. Mai 1882 mit Korporationsrechten beliehene Stiftung verwaltet. Ende 1897 waren 21 Schwestern vorhanden, die alle im Kriegsfall zur Disposition gestellt werden können. Aus dem Statut vom 15. December 1881, das durch A. K. O. vom 29. Mai 1882 bei Verleihung der Rechte einer juristischen Person genehmigt wurde, sei folgendes erwähnt:

§ 25. Die Bedingungen zur Aufnahme der auszubildenden Krankenpflegerinnen sind:

a) ein entsprechendes Alter, das in der Regel nicht unter 20 und nicht über 30 Jahre betragen soll,
b) ein befriedigendes ärztliches Zeugniss über den Gesundheitszustand der Angemeldeten,
c) ein befriedigendes Sittenzeugniss des bisherigen Ortsgeistlichen oder der Ortspolizei,
d) der Nachweis eines Bildungsgrades, wie er im Durchschnitt in den preussischen Volksschulen erreicht wird.

Die Volksschulbildung wird nur bei sonst sehr gut beanlagten Frauen und Jungfrauen genügen; sehr erwünscht ist ein höherer Bildungsgrad.

§ 26. Die Aufgenommenen erhalten in der Anstalt Unterricht und Anleitung, Wohnung, Beköstigung und Wäsche, sowie Hauskleidung; für sonstige Kleidung haben sie selbst zu sorgen. Zugleich haben dieselben nach näherer Bestimmung der zu erlassenden Pflegerinnenordnung eine mässige Summe als Kaution zu stellen.

§ 27. Der Unterricht wird in der Anstalt ertheilt und besteht sowohl theoretisch in allen den für eine gewissenhafte und erfolgreiche Ausübung der Krankenpflege unerlässlichen Kenntnissen, als auch praktisch in der Anleitung und Uebung aller am Krankenbette vorkommenden Dienstleistungen.

§ 28. Der Unterricht wird ertheilt:

a) von den Mitgliedern des ärztlichen Ausschusses,

b) von anderen dazu bereiten und geeigneten Aerzten der Stadt,

c) von bereits ausgebildeten und dazu befähigten Pflegerinnen.

§ 29. Die unentgeltlich ausgebildeten Pflegerinnen müssen in der Regel noch 3 Jahre lang in der Anstalt verbleiben und derselben ihre Kräfte widmen.

Solche Zöglinge dagegen, welche gegen ein vertragsmässig zu regelndes Lehrgeld aufgenommen und ausgebildet sind, können die Anstalt verlassen, sobald ihre Ausbildung beendigt ist.

§ 30. Die Vergütung für die Leistungen der Pflegerinnen gebührt der Anstalt; sie erfolgt nach Sätzen und unter Bedingungen, welche der Vorstand des Vereins feststellt.

§ 31. Bei Krankheitsfällen oder sonstiger Dienstunfähigkeit der Pflegerinnen erhalten dieselben freie Verpflegung durch die Anstalt nach näherer Bestimmung der Pflegerinnenordnung.

Der Vaterländische Frauenzweigverein in Berlin.

Am 1. Januar 1897 zählte der erst 3 Jahre alte Verein bereits 911 Mitglieder, die in 7 Arbeitskommissionen thätig sind, nämlich in der Kommission für freiwillige Hülfe im Kriege (Mobilisirungskommission), der Kommission für Angelegenheiten der Berufskrankenpflege, Kommission für Kurse über häusliche Kranken- und Gesundheitspflege, der Krankenhauskommission, der Kommission für Koch- und Haushaltsschulen, der Armenpflegekommission und der Finanzkommission. Der Verein hat mit den Schwesternmutterhäusern des „Hülfsschwesternvereins für Privatkrankenpflege der Gräfin Rittberg“ und des „Märkischen Hauses für Krankenpflege“ ein Abkommen bezüglich Ueberlassung von Schwestern getroffen. Für die Kriegsbereitschaft hat der Verein bisher nur durch die Ausbildung von Kriegskrankenpflegerinnen sorgen können, deren er 60 zur Verfügung hat. Die Einnahmen betrugen 1896: 13081,34 Mark, die Ausgaben 5159,70 Mark.

Alljährlich hält der Verein Kurse für häusliche Kranken- und Gesundheitspflege ab. Die Theilnahme ist kostenlos für Mitglieder des Frauenvereins; von Nichtmitgliedern sind 6 Mark zu entrichten. Unbemittelte können hiervon befreit werden. Alle Formalitäten der Betheiligung können am ersten Vereinsabend erledigt werden. Nur für Mitglieder des Vaterländischen Frauenvereins dient der Kursus nach Wunsch auch als Vorbereitung für die spätere kostenlose praktische Ausbildung zur freiwilligen Kriegskrankenpflegerin vom Rothen Kreuz. Für alle Lehrkräfte der Berliner Gemeindeschulen ist die Theilnahme kostenlos.

Der Vaterländische Frauenverein in Elberfeld. (Nach einem Bericht der Frau Oberin M. Nölte). Die Arbeit und geschichtliche Entwickelung des Vereins in Bezug auf die Krankenpflege ist mit der Geschichte des Elberfelder Vereinshospitals eng verbunden. Dieses wurde im Jahre 1873 eröffnet unter Leitung zweier in Kaiserswerth ausgebildeten Schwestern. Seine Bestimmung war zunächst hauptsächlich Kinder und einige Privatpatienten zu verpflegen. Das Haus wurde daher „Kinderhospital“ genannt und hat diese Bezeichnung auch jetzt noch im Volksmunde behalten.

Da das Haus als Kinderhospital zu viel Raum und zu wenig Patienten hatte,

überliess man bald einen Theil des Hauses einem Augenarzte als Augenklinik. Der Mangel an den nöthigen geschulten Pflegekräften machte sich nun bald sehr fühlbar; man beschloss, Schwestern auszubilden, wozu sich später aber das Krankenmaterial als ungenügend erwies. Es wurden daher nun auch Männer und Frauen in den drei üblichen Verpflegungsklassen aufgenommen. Die Zahl der Schwestern wuchs langsam. Sobald aber eine Kraft zu erübrigen war, begann man, die Schwestern zur Pflege in Privathäuser zu schicken, da hierfür grosse Nachfrage war. Allmählig fanden jährliche Unterrichtskurse für die Schwestern statt; auch die Anforderungen hinsichtlich der Ausbildung wuchsen, so dass man nun den Unterricht mit einem öffentlichen Examen abschloss. Die Zahl der Schwestern stieg allmälig auf 30. Diese Zahl wurde auch bis heute noch als Grenze angesehen. Das Vereinshospital und Schwesternhaus geht nicht darauf aus, diese Zahl erheblich zu überschreiten. Dadurch aber, dass fast alle Jahre eine Anzahl Schwestern aus mancherlei Anlässen austreten (es hat sich im Laufe der Jahre eine grosse Anzahl verheirathet), ist bisher immer genug Gelegenheit geboten, alle Jahre neue Kräfte auszubilden.

Zur Zeit stellt sich die Zahl der Schwestern auf 32, darunter eine Anzahl Lernschwestern, die zum Frühjahr voraussichtlich ihr Examen machen werden. Von diesen etwa 30 Schwestern erfordert die Krankenpflege im Hospital je nach Bedarf 10—12 Schwestern, ausserdem arbeiten 6 Schwestern auf Aussenstationen (Kliniken und Gemeindepflege); die übrige Zahl bleibt für die Privatpflege, welche sich auf Elberfeld und Umgegend erstreckt. Im Kriegsfalle wird das Hospital, welches jetzt für durchschnittlich 35 erwachsene Kranke und 25 Kinder eingerichtet ist, als Lazareth mit 50 Betten zur Verfügung gestellt. Nach bisheriger Bestimmung stehen mindestens 12 ausgebildete Schwestern für den Kriegsfall bereit, während die nöthigen Kräfte zur Pflege im Lazareth reservirt bleiben.

Der Vaterländische Frauen-Hilfsverein in Hamburg.

Der Verein besitzt ein Vereinshospital, in dem er Schwestern ausbildet, ausserdem ein Krankenpflegerinnenasyl. Die Einnahme betrug pro 1896: 85736 M., die Ausgabe 84593 M.

Der Verein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger in Frankfurt a. M.

Im Jahre 1867 gegründet, hat der Verein sich ununterbrochen durch Förderung der Krankenpflege im Kriege und im Frieden bewährt, indem er Hospital- und Privatpflege gleichmässig unterstützte, ein eigenes Krankenhaus errichtete, eine eigene Schwesternschaft schuf und die Kenntnisse der Krankenpflege in weiteren Kreisen durch Kurse zu verbreiten suchte. Aus dem Rechenschaftsbericht für 1896 lässt sich Folgendes ersehen: Auf den Arbeitsfeldern waren thätig: in der Privatpflege 22 Schwestern, im Bürgerhospitale daselbst 1 Oberschwester, 15 Schwestern, an anderen Orten und Anstalten 9 Oberschwestern und 23 Schwestern. Den Unterricht der Lehrschwestern hatte für Frankfurt das Vorstandsmitglied Hr. Dr. Vohsen, für Hanau der Assistenzarzt des Landkrankenhauses Hr. Dr. Pancritius übernommen. Am 10. October d. J. bestanden 10 Schwestern die von beiden genannten Herren abgehaltene theoretische Prüfung. Die Neigung, nur bis zur vollendeten Ausbildung einem Verein vom Rothen Kreuz anzugehören, um sich dann selbstständig der Krankenpflege zu widmen, hat den Austritt von 6 Schwestern zur Folge gehabt; 3 nahmen die Entlassung, um sich zu verheirathen, 3 wurden als ungeeignet entlassen. Die Zahl der Schwestern musste wegen der Enge der Unterkunftsräume im Vereinshause auf 70 ergänzt bleiben. Von November bis März fanden, wie in den Vorjahren, sogenannte Samariterkurse statt, an denen 27 Lehrerinnen und 23 Lehrer der dortigen Schulen sich

bethätigten. Das rege Interesse, welches die Unterweisung hervorrief, veranlasste, die letzteren zu einer eingehenderen, genaueren Belehrung heranzuziehen, gleichzeitig mit dem Bestreben, aus ihnen eine Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege heranzuziehen. 21 Lehrer folgten der Aufforderung; sie bilden in Frankfurt den Stamm jener Genossenschaft, für die ein erfreuliches Wachsthum zu erhoffen ist. Der 2. Kursus mit 28 Lehrern hat im November v. J. begonnen. Die Schulung tüchtiger Kräfte für den Kriegsfall ist um so höher anzuschlagen, als die dortige Kriegerkameradschaft für ihre Sanitätskolonnen den 1892 geschlossenen Vertrag nicht erneuert hat. Derselbe stellte für den Kriegsfall eine Abtheilung von 16 ausgebildeten Leuten dem Verein zur Verfügung, während dieser die Verantwortlichkeit für die Löhnung der Sanitätsmannschaft übernahm. Diese Verantwortlichkeit war von grosser principieller Wichtigkeit; erst durch sie wurde die auf dem Papier stehende Ziffer für den Ernstfall gesichert. Verschiebungen in der Organisation der Sanitätskolonnen, die den Provinzialvereinen unterstellt worden sind, haben die örtliche Verbindung gelockert und zum Erlöschen des Vertrages geführt.

Finanzlage des Vereins im Jahre 1896: Einnahmen: 81308 M.; Ausgaben: 70458 M.

Der Vaterländische Frauenverein in Kassel.

Derselbe zählte im Jahre 1896 32 Zweigvereine und 4566 Mitglieder. Berufsmässige Krankenpflegerinnen wurden 83 beschäftigt, darunter 73 Schwestern vom Rothen Kreuz. Für den Fall des Krieges stellt der Verein, zugleich in Gemeinschaft mit dem Bezirksverein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger, 128 Pflegerinnen und 29 Pfleger. Ferner sind im Kriegsfall von den Zweigvereinen in Aussicht gestellt: 22 Verband- und Erfrischungsstationen an Bahnhöfen, die Errichtung von 23 Vereinslazarethen mit 614 Betten, die vollständige Uebernahme zweier staatlicher Reservelazarethe mit 267 Betten, die gänzliche oder theilweise Besorgung der Verwaltung bei 16 weiteren Lazarethen, von denen 14 zusammen 2352 Betten zählen, 2 noch unbestimmt gelassen sind. Endlich werden 9 Genesungsstationen mit 331 Betten eingerichtet; 32 Vereine bringen Genesende in Familien unter, und zwar 12 davon 475, während 10 die Zahl der Unterzubringenden noch unbestimmt gelassen haben.

Der Schwesternverband des Ortsvereins Kassel bestand aus der Frau Oberin, 58 Schwestern und 14 Pflegeschülerinnen, zusammen 73. An Urlaub wurde den Schwestern 1159 Tage ertheilt, durchschnittlich 20 Tage, ausserdem erhielten 8 Schwestern längeren, mehrmonatlichen Urlaub.

Zur theoretischen Ausbildung der Schwestern finden drei- bis sechsmonatliche Unterrichtskurse statt. Daneben ertheilt ein Geistlicher und der Vorsitzende den Schwestern weitere Unterweisungen in ihren Berufspflichten. Ein Apotheker giebt Unterricht in pharmaceutischen Handreichungen.

Der Verein von Krankenpflegerinnen in Stuttgart.

Der unter dem Protektorate Ihrer Majestät der Königin stehende Verein für Krankenpflegerinnen besteht schon seit dem Jahre 1872, hatte früher seinen Sitz in Heilbronn und seinen Mittelpunkt im Olgahaus. Allerlei ungünstige Verhältnisse führten schliesslich Anfangs der 90er Jahre zur Auflösung des Vereins in Heilbronn. Das Olgahaus wurde von der Stadt käuflich übernommen, die Schwestern vorübergehend in Steinheim bei Geidenheim untergebracht, bis sie, nachdem am 6. Dezember 1892 sich der Verein für Krankenpflegerinnen neu gegründet hatte mit dem Sitz in Stuttgart, und hier von demselben das zugleich als Spital und als Mutterhaus die-

nende Karl-Olga-Krankenhaus (Metzstrasse 62) gebaut worden war, am 1. April 1894 mit Frau Major Graf als Oberin in das neue Mutterhaus einziehen konnten.

Nach § 1 der Statuten des Vereins (cfr. S. 29 des Berichts vom 1. April 1895) hat derselbe den Zweck, evangelische Krankenpflegerinnen für Kriegs- und Friedenszeiten heranzubilden, dieselben im Krankenpflegedienste zu verwenden und ihnen im Mutterhaus eine Heimath, sowie in Fällen der Arbeitsunfähigkeit eine dauernde Versorgung zu gewähren.

Die Zahl der Olgaschwestern beträgt zur Zeit 66; davon sind ca. 20 im Mutterhause und sonst in Stuttgart stationirt. Die anderen stehen in verschiedenen Städten und Dörfern des Landes theils in Krankenhäusern, theils in Gemeindepflege in Arbeit. Etwa 50 der Schwestern können als felddienstfähig gelten.

Der Verein hat die Einrichtung getroffen, dass im Karl-Olga-Krankenhause auch solche Frauen und Mädchen aufgenommen werden können, die die Krankenpflege erlernen wollen, ohne in den Schwesternverband einzutreten. Für diese sind folgende Bestimmungen maassgebend:

I. Im Karl-Olga-Krankenhause finden auch solche Schülerinnen Aufnahme, welche nach Vollendung des Unterrichtskursus in ihre Familie oder zu ihrem früheren Beruf zurückkehren und mehr nur für den Bedarf im eigenen Hause in der Krankenpflege sich üben wollen, ebenso solche, welche auf Veranlassung und auf Kosten einer Gemeinde oder eines Vereins die Krankenpflege erlernen sollen, um nachher von der betreffenden Gemeinde oder dem Verein als Krankenpflegerin sich anstellen zu lassen: bei den letzteren ist das Vorhandensein derjenigen körperlichen, geistigen und sittlichen Eigenschaften, welche von jeder berufsmässigen Krankenpflegerin zu fordern sind, Voraussetzung ihrer Zulassung.

II. Diese Schülerinnen können, soweit Raum vorhanden ist, Kost und Wohnung im Karl-Olga-Krankenhause haben, müssen aber dafür eine mässige Entschädigung (zur Zeit 1 Mk. täglich) an das Haus bezahlen, während die Ausbildung unentgeltlich ist. Sie nehmen am theoretischen Unterricht und an den praktischen Uebungen theil und haben sich der Hausordnung unweigerlich zu unterwerfen. Während des Aufenthalts im Krankenhause haben sie eine einfache, zweckmässige Kleidung zu tragen. Die Schwesterntracht steht ihnen nicht zu.

III. Diejenigen Schülerinnen, welche sich nach beendigtem Unterrichtskursus einer Prüfung mit gutem Erfolg unterziehen, werden im Kriegsfall zur Krankenpflege des Württemb. Landesvereins vom Rothen Kreuz zugelassen.

Der Vaterländische Frauenverein in Frankfurt a. M. wurde 1871 gegründet, als Zweigverein des Vaterländischen Frauenvereins für Preussen; maassgebend sind heute die revidirten Statuten vom 20. März (14. April) 1891. Am 28. Juni 1891 wurden dem Verein die Rechte einer juristischen Person verliehen.

Der Verein bezweckt nach den Satzungen die Unterstützung der Bestrebungen des Berliner Hauptvereins.

„Zu diesem Zweck wird er:

a) in Kriegszeiten in Gemeinschaft mit dem Frankfurter Verein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger“ seine Thätigkeit vornehmlich darauf richten, alle zur Fürsorge für die Verwundeten und Kranken im Feld und in den Lazarethen dienenden Einrichtungen zu fördern und zu unterstützen;

b) in Friedenszeiten, je nach Umständen und sich darbietender Gelegenheit, vorhandenen Nothständen innerhalb wie ausserhalb hiesiger Stadt, sein Augenmerk zuzuwenden und für Linderung derselben thätig sein.“ Insbesondere will der Verein in Frankfurt durch Förderung der Kranken- und Wöchnerinnenpflege, durch Fürsorge für Kinder und dergl. zur Linderung von Nothständen beitragen. Zu diesem

Behufe bildet er Krankenpflegerinnen (Schwestern vom Rothen Kreuz) aus, sowohl im eigenen Krankenheim, als auch in andern Krankenhäusern.

Nach § 13 der neuen Pflegerinnenordnung vom Februar 1897 ist die Pflegerin verpflichtet, jede ihr zugewiesene Pflege, in der Stadt, oder auswärts zu übernehmen.

Im Falle eines ausbrechenden Krieges sind die Pflegerinnen verpflichtet, sich nach Anweisung des Vorstandes in Kriegslazarethen in Frankfurt oder auswärts als Krankenpflegerinnen verwenden zu lassen.

Nach dem letzten, am 26. Februar 1897 erstatteten Jahresberichte umfasst die Vereinsthätigkeit die Krankenpflege im städischen Krankenhause, im eigenen Krankenheim, in den Polikliniken und bei Privaten.

Von den damals insgesammt 54 Schwestern waren nach einem vor 2 Jahren mit dem städtischen Krankenhause geschlossenen Vertrage dort auf der inneren und chirurgischen Abtheilung 45 Schwestern beschäftigt.

Die dort ausgebildeten Schwestern kommen später ins Vereinshaus zurück, um im Hause oder in Privatpflege Verwendung zu finden. Zur Zeit beträgt die Zahl der Schwestern 57, darunter 14 Lehrschwestern.

Die Einnahmen betrugen im Jahre 1896: 51787 Mark.

### Der Wiesbadener Verein vom Rothen Kreuz.[1])

Der Wiesbadener Verein vom rothen Kreuz wurde im Jahr 1885 durch den Prinzen Nicolas von Nassau gegründet, der Vorsitzender des Vorstandes ist. Der Zweck des Vereines ist: die Ausbildung von Krankenpflegerinnen und deren Verwendung in Friedens- und Kriegszeiten. Von Anfang an wurde der Grundsatz aufgestellt und mit gutem Erfolg durchgeführt, nur Frauen und Jungfrauen aus gebildeten Kreisen als Schwestern aufzunehmen. Im Durchschnitt wird die Absolvirung der höheren Töchterschule verlangt. Das passendste Alter zum Beginn des Berufes ist zwischen 20 und 30 Jahren.

Von 1885 bis 1889 wurden die Schwestern in dem Victoria-Haus in Berlin und in der Royal Infirmary zu Edinburgh ausgebildet. Seit dem Jahr 1889 erhalten die Schwestern ihre Ausbildung in Wiesbaden unter der Leitung der Oberin. Im Jahre 1886 übernahm die Victoriaschwester Helene von Boltenstern die Stelle als Oberin, und mit ihr begannen die drei ersten ausgebildeten Schwestern ihre hiesige Pflegethätigkeit. Dieselbe bestand anfänglich nur in Privat- und Armenpflege. Für die Besorgung der Letzteren wurde mit der Stadtverwaltung ein Vertrag abgeschlossen, laut dem der Verein eine Vergütung erhielt. — Im Jahre 1887 übernahm der Verein im städtischen Krankenhaus, das bis dahin nur gewöhnliche Lohnwärterinnen verwendete, die Pflege eines Pavillons. Diese dehnte sich allmälig mit der stetig steigenden Zahl der Schwestern auf die anderen Pavillons aus, bis endlich im Jahr 1890 das ganze Krankenhaus mit 19 Schwestern besetzt war. Zu gleicher Zeit übernahm der Verein in der Wiesbadener Augenheilanstalt die Pflege mit 4 Schwestern und in dem Krankenhaus zu Biebrich mit 5 Schwestern.

In der Privat-Augenklinik des Herrn Professor Pagenstecher und in dem Haus der Balzer-Stiftung zu Giessen ist je eine Schwester stationirt. Ferner besetzte der Verein die gynäkologische Station der Königl. Frauenklinik zu Bonn mit vier Schwestern und seit 1897 die Entbindungsstation daselbst mit 2 Schwestern, von denen eine Oberhebamme ist. Ausser diesen Schwestern schickt der Verein jährlich 2 bis 4 Schwestern nach Bonn, wo sie von dem Geheimrath Professor Dr. Fritsch zu Hebammen ausgebildet werden. Dieselben bestehen in Marburg ihr gesetzliches Examen und werden dann hier als Hebammen vereidigt.

Bis zum Jahre 1891 bewohnten die Schwestern ein in der Stadt gemiethetes Haus.

---

[1]) Nach einem Bericht Sr. Hoheit des Prinzen N. von Nassau.

Die als nothwendig erscheinende Steigerung der Schwesternzahl veranlasste den Verein ein eigenes Schwesternheim zu erbauen, und mit diesem verbunden ein Sanatorium zur Aufnahme von Kranken aller Klassen. Am 1. October 1891 bezogen die Schwestern ihr neues Heim und am 1. April 1892 wurde das Sanatorium eröffnet, in dem fast ständig 12 Schwestern thätig sind. Dasselbe ist besonders zur Aufnahme wohlhabender Kranke eingerichtet, da sich in der grossen Kurstadt ein dringendes Bedürfniss für eine solche Anstalt fühlbar machte. Ein eigener Hausarzt ist nicht angestellt, sondern jedem Arzte ist es freigestellt seine Kranken in dem Sanatorium unterzubringen und daselbst weiter zu behandeln. Bis zu 40 verschiedene Aerzte haben in dem verflossenen Jahre (1896) von dieser Gelegenheit Gebrauch gemacht.

Von dem hier bestehenden Wöchnerinnen-Verein ist vertragsmässig in unserm Hause eine Entbindungsstation für arme Frauen eröffnet worden, die kostenfrei behandelt und verpflegt werden.

Der Station steht eine der Vereins-Hebammenschwestern vor, der je nach Bedürfniss zur Pflege weitere Schwestern beigegeben werden.

Die Zahl der Schwestern beträgt gegenwärtig 80. Aber ausser diesen nimmt der Verein auch Pensionärinnen an, die auf eigene Kosten einen theoretischen und praktischen Kursus von wenigstens 6 Monaten zur Erlernung der Krankenpflege durchmachen. Wegen Platzmangel zu deren Unterbringung beschränkt sich ihre Zahl auf 10 im Durchschnitt pro Jahr.

In der Privatpflege werden jetzt 16 Schwestern beschäftigt, doch muss manche Pflege wegen fehlender Kräfte leider abgelehnt werden.

Für den Kriegsfall stehen sämmtliche Schwestern zu Gebot. Doch sind alle durch einen mit der K. Intendantur des 11. Armeecorps abgeschlossenen Vortrag, zur Pflege in den hier zu errichtenden Reserve-Lazarethen bestimmt. Das Sanatorium des Vereins mit 54 Betten ist ebenfalls der Kriegsverwaltung zur Verfügung gestellt worden und eignet sich vermöge seiner eleganten Einrichtung besonder zur Unterbringung von Officieren. Ein Operationssaal, Bädereinrichtung, Personenaufzug. Loggien für Reconvalescente sind in dem Sanatorium vorhanden.

Der Mecklenburgische Marien-Frauenverein in Schwerin, gegründet am 14. April 1880 durch Ihre Königliche Hoheit die Frau Grossherzogin Marie, hat sich in erfreulicher Weise entwickelt. Die Aktiva beliefen sich 1896 auf 96577,75 Mk., Passiva auf 19650 Mk., der Pensionsfonds auf 10075 Mk. Der Verein verfügte Ende 1896 über 18 Schwestern auf 10 Stationen, für den Fall des Krieges entsendet der Verein 12 vollständig felddienstmässig ausgerüstete Schwestern. Im Jahre 1896 erfolgte die Aufnahme des Vereins in den ständigen Ausschuss des Verbandes der deutschen Frauen-Hilfs- und Pflegevereine. Dem Verband der deutschen Krankenpflegeanstalt vom Rothen Kreuz gehört der Verein schon seit dessen Gründung an.

Der Verband der Vaterländischen Frauenvereine der Provinz Brandenburg.

Das vom Verband unterhaltene Augusta-Victoriaheim in Eberswalde besitzt zur Zeit 7 ausgebildete Schwestern und 8 Lernschwestern.

Der Vaterländische Frauenverein in Braunschweig.

Dem vom Verein gegründeten Schwesternhaus vom Rothen Kreuz gehören z. Z. 16 Schwestern an. Für den Kriegsfall steht auch das vom Verein gegründete und am 1. Oktober 1881 zu einer selbständigen Stiftung gewordene Diakonissenhaus Marienstift mit seinem ganzen Apparat zur Verfügung. Von den Diakonissen sind 10 zur Verwendung im Felde angemeldet. Die Leitung des Schwesternhauses, das am 1. April 1878 gegründet ist, liegt einem Verwaltungsausschuss von 9 Personen

ob. Die Anstalt bezweckt im Frieden, der Privatpflege in der Stadt und im Herzogthum Braunschweig zu dienen, sowie für den Kriegsfall eine möglichst grosse Anzahl von gut ausgebildeten Krankenpflegerinnen zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger in Bereitschaft zu halten.

Das „Märkische Haus für Krankenpflege“.

Das „Märkische Haus für Krankenpflege“ wurde am 1. Februar 1891 gegründet zu dem Zweck, eine möglichst grosse Zahl von gebildeten Pflegerinnen auszubilden, sie in einem geschlossenen Verbande zusammenzuhalten und der Bevölkerung aller Konfessionen und Stände, jedes Alters und Geschlechts zur Verfügung zu stellen, der Regel nach gegen Entgelt, nöthigen Falls aber auch ohne Entschädigung. Die Thätigkeit der Schwestern bleibt auf die Krankenpflege in der Familie beschränkt, kann jedoch bei der ärmeren Bevölkerung auf eine gleichzeitige Unterstützung in der Führung des Haushaltes ausgedehnt werden. Die Schwestern müssen sich jeder konfessionellen Einwirkung enthalten. Das „Märkische Haus“ rechnet die reine Armenpflege, Kindererziehung, Leitung von Waisenhäusern und anderen derartigen Werken der Nächstenliebe, die von den Diakonissen und den verschiedenen Vereinen für Armen- und Krankenpflege in Berlin (Berliner Verein für häusliche Gesundheitspflege, evang. kirchlicher Hilfsverein, Vaterländischer Frauenverein u. a.) geübt und gefördert werden, nicht zu seiner Thätigkeit. Auch die Pflege in Krankenhäusern, Kliniken und Anstalten ähnlicher Art, die das Victoriahaus für Krankenpflege, die verschiedenen Schwesternhäuser vom Rothen Kreuz, die Kahlenberg'sche Stiftung in Magdeburg u. a. in der Hauptsache beschäftigt, soll von der Schwesternschaft des Märkischen Hauses nur dann übernommen werden, wenn jene Anstalten zugleich als Schule für die Pflegerinnen dienen. Der Kursus für die Schülerinnen ist einjährig. Bei ihrer Ausbildung wird das Hauptgewicht auf eine möglichst umfassende, tüchtige technische Schulung und die Gewöhnung an ein liebevolles, sachgemässes Verhalten dem Kranken gegenüber gelegt, mit Rücksicht auf den Dienst bei den ärmeren Klassen der Bevölkerung werden die Schwestern auch in der Führung des Haushaltes und in der Zubereitung der Speisen unterrichtet. Für ihre Leistungen erhalten sie freie Wohnung, Beköstigung, Kleidung, Gehalt und in Krankheitsfällen freie Behandlung, für den Fall des Alters und der Invalidität aber eine ausreichende Versorgung. Seit 1. Juli 1892 sind die Schwestern in einem eigenen Heim untergebracht. Die Leitung des Vereins „Märkisches Haus“ steht unter einem Komitee von 16 Mitgliedern, nämlich 11 Herren und 4 Damen. Zu Beginn des Jahres 1897 waren 27 ausgebildete Schwestern und 4 Schülerinnen vorhanden.

Durch Vertrag ist der Verein unter Wahrung voller Selbständigkeit dem Vaterländischen Frauenverein als Hilfsverein angeschlossen und verpflichtet, im Kriegsfalle $^2/_3$ der vorhandenen Schwestern, demnach zu Beginn des Jahres 1897: 18 Schwestern dem Zentralkomitee zur Verfügung zu stellen. So, als nunmehriger Rother Kreuzverein, war es dem Verein auch möglich, dem Verband deutscher Krankenpflegeanstalten vom Rothen Kreuz als ordentliches Mitglied beizutreten, nachdem er sich schon an dessen Gründung betheiligt hatte. Das Vermögen des Vereins betrug Ende 1896: 33749,94 Mk. Ausgabe und Einnahme hielt sich um 30743,17 Mk. Die Pflegerinnenordnung des „Märkischen Hauses für Krankenpflege“ wird in der Anmerkung wörtlich angeführt.[1])

---

[1]) Pflegerinnen-Ordnung des Märkischen Hauses für Krankenpflege.

A. Bestimmungen über die Aufnahme in das Haus.

1. In das Märkische Haus für Krankenpflege werden aufgenommen Jungfrauen

**Der Gräfin Rittberg'sche Hilfsschwesternverein in Berlin.**

Derselbe wurde am 1. Oktober 1875 von einer früheren Oberin im Augustahospitale, Gräfin Rittberg, gestiftet zum Zwecke der Förderung und Ausübung der Pflege von Kranken ohne Unterschied des Standes und der Konfession; Arme werden unentgeltlich verpflegt. Der Verein wird durch ein Kuratorium vertreten, das aus wenigstens vier und höchstens acht Herren und der Oberin des Vereins besteht. Der Verein erhielt durch Kabinetsordre vom 21. Oktober 1882 Korporationsrechte. Die Aufnahmebedingungen für Schwestern des Hilfsschwesternvereins sind folgende:

§ 1. Pflegerinnen, welche in den Hilfsschwesternverein aufgenommen zu werden wünschen, haben der Oberin ein Zeugniss über ihre sittliche Führung von Seiten

---

und kinderlose Wittwen, mögen sie in der Krankenpflege schon ausgebildet sein oder nicht.

2. Die Anmeldung geschieht womöglich persönlich, sonst schriftlich beim Vorstande.

3. Allgemeine Bedingungen für die Aufnahme sind:
   a) ein befriedigender Gesundheitszusand;
   b) eine ausreichende allgemeine Bildung;
   c) ein unbescholtener Ruf;
   d) ein Alter von etwa 20—35 Jahren.

4. Bei der Meldung sind einzureichen:
   a) ein ärztliches Gesundheitszeugniss (Untersuchung durch einen Arzt des Hauses wird vorbehalten);
   b) ein selbstverfasster und selbstgeschriebener Lebensabriss, welcher namentlich enthalten muss: Der Bewerberin Vor- und Zunamen, Geburtstag und -Ort, sowie Konfession, ferner Angaben über ihren Bildungsgang (Schulbesuch u. s. w.), ihren Aufenthaltsort und ihre Beschäftigung nach dem Schulbesuch, endlich Einiges über ihre Familienverhältnisse;
   c) Empfehlungen von bekannten Personen oder ein Leumundszeugniss einer Behörde;
   d) der Taufschein oder der Geburtsschein;
   e) bei schriftlicher Meldung womöglich eine Photographie;
   f) auf Wunsch des Vorstandes: die schriftliche beglaubigte Einwilligungserklärung des Vaters, oder wenn dieser verstorben oder verhindert ist, der Mutter, oder der Vormünder.

B. Die wichtigsten für alle Pflegerinnen geltenden Bestimmungen.

5. Die Pflegerinnen müssen, je nach Anordnung der Vorgesetzten, sowohl in Berlin als ausserhalb, in Krankenhäusern, wie in der Privat- oder Armenpflege thätig sein und, wenn der Vorstand es verlangt, sich im Kriege zur unbedingten Verfügung des Vaterländischen Frauen-Vereins halten. Sind sie in der Krankenpflege nicht genügend beschäftigt, so können sie zu häuslichen Arbeiten herangezogen werden.

6. Vorgesetzte der Pflegerinnen sind der Bevollmächtigte des geschäftsführenden Ausschusses, sowie die ihn vertretenden Vorstandsmitglieder und Schwestern (Ober- oder Hausschwestern u. s. w.): ferner die Directionen der Krankenhäuser, in denen die Pflegerinnen beschäftigt sind. Ausserdem ist bezüglich der Pflege den Anordnungen der behandelnden Aerzte gewissenhaft Folge zu leisten.

7. Die Pflegerinnen sind den Hausordnungen des Schwesternheims und der Krankenhäuser unterworfen. — Anliegen und Beschwerden aller Art gehen zunächst an die vorgesetzten Schwestern; Beschwerden über letztere selbst an den Bevollmächtigten oder dessen Vertretung im Vorstande.

eines Geistlichen, ein ärztliches Gesundheitsattest, ein Zeugniss über Absolvirung eines Krankenpflegerinnen-Lehrkursus, einen selbstgeschriebenen Lebenslauf, den Taufschein und einen Erlaubnisschein der Eltern resp. des Vormundes einzusenden.

§ 2. Persönliche Meldung ist sehr erwünscht, zumal die Aufnahme erst dann erfolgt, wenn der Arzt, welcher dem Verein seine Fürsorge gütigst zugesagt hat, das ärztliche Attest durch eigene Ueberzeugung bestätigen kann.

§ 3. Die Probezeit währt 6 Monate. Während dieser Zeit haben die Oberin und die Probeschwester, letztere nach jedesmaliger Absolvirung der zeitweilig übernommenen Pflege, das Recht, das Verhältniss zu lösen. — Mit Ablauf der Probezeit muss über das Verbleiben oder Ausscheiden der Schwester eine Vereinbarung ge-

---

8. Gepflegt werden Kranke aller Konfessionen und Stände, jedes Alters und beiderlei Geschlechts; doch darf keine Pflegerin eigenmächtig eine Pflege übernehmen; nur vorübergehende Hilfe bei Unglücksfällen ist auch ohne Erlaubniss gestattet, wenn ein Vorgesetzter nicht zur Stelle ist. Eine angetretene Pflege eigenmächtig aufzugeben, ist unstatthaft.

9. Den Pflegerinnen ist jeder Versuch konfessioneller Beeinflussung der Verpflegten oder deren Angehörigen strengstens untersagt. Sie sind verpflichtet zur gewissenhaftesten Verschwiegenheit nach aussen hin in Bezug auf alles, was sie bei Ausübung der Pflege über Kranke oder deren Familie erfahren, und über alle beruflichen Angelegenheiten des Hauses. Einer Kritik über die Herren Aerzte haben sie sich strengstens zu enthalten.

10. Die für die Pflege schuldigen Beträge werden durch das Haus eingezogen und fliessen in dessen Kasse. — Die Annahme etwaiger Geschenke seitens der Pflegerinnen wird durch die Hausordnung geregelt und kann ganz untersagt werden.

11. Die vorgeschriebene Dienstkleidung der Pflegerinnen ist Eigenthum des Märkischen Hauses; willkürliche Abweichungen von derselben sind verboten. Unterkleider und Schuhzeug müssen die Pflegerinnen selbst beschaffen. Das Tragen von Schmucksachen steht unter Kontrolle des Vorstandes.

12. Die Pflegerinnen haben sich auf Verlangen des Vorstandes einer Wiederimpfung zu unterwerfen.

13. Die Pflegerinnenschaft setzt sich zusammen aus: a) Schülerinnen; b) Probeschwestern, welche, anderwärts schon ausgebildet, in dem Hause behufs fester Anstellung eine Probezeit durchmachen; c) Schwestern, d. h. den nach Beendigung der Lehr- oder der Probezeit endgiltig als Pflegerinnen Angestellten. — Angeredet werden alle Pflegerinnen als „Schwester" mit Hinzufügung meist des Vornamens.

C. Besondere Bestimmungen, betreffend die Schülerinnen.

14. Die Ausbildung der Schülerin dauert in der Regel 9—12 Monate. Ob dieselbe in einem einzigen oder in mehreren Krankenhäusern stattfinden und sich auch auf Specialitäten, z. B. Wochenpflege, Massage, Zubereitung der Speisen erstrecken soll, entscheidet der Bevollmächtigte des geschäftsführenden Ausschusses oder seine Vertretung im Vorstande. Die Eintretende verpflichtet sich ausdrücklich, diesbezüglichen Weisungen Folge zu leisten. — Die Ausbildung kann mit einer Prüfung abschliessen; wird diese nicht bestanden, so entscheidet der geschäftsführende Ausschuss über eine Verlängerung der Lehrzeit oder Entlassung der Schülerin.

15. Die als Schülerin Eintretende ist verpflichtet, dem Hause nach Ablauf ihrer Lehrzeit noch zwei weitere Jahre, im Ganzen aber mindestens drei Jahre als Pflegerin anzugehören.

16. Die Schülerin erhält freie Wohnung, Kost, Reinigung der Wäsche, Stoff zu

troffen werden. Wird die Schwester von der Oberin angenommen und erklärt sich Erstere zum Bleiben bereit, so muss sich die Schwester für 2 Jahre verpflichten, dem Verein anzugehören. Will sie nach denselben den Verein verlassen, so muss sie dies der Oberin 6 Monate vor Ablauf der 2 Jahre mittheilen; eine sechsmonatliche Kündigung muss auch jedem späteren Austritt der Schwester vorausgehen. Ebenso kann der Schwester von Seiten der Oberin mit sechsmonatlicher Frist gekündigt werden. Nur in dem Falle, dass sich die Schwester ein Vergehen zu Schulden kommen lässt, welches den Verein oder den Ruf desselben schädigen könnte, hat die Oberin das Recht, die Schwester sofort zu entlassen.

§ 4. Ist das Bleiben der Schwester vereinbart, so erhält dieselbe das dem

---

den Arbeitskleidern ohne Zuthaten, sowie die sonstige Anstaltstracht (Schürzen, Haubentücher u. s. w.), ausgenommen Sonntagskleid und Mantel; ferner an Taschengeld von Beginn des zweiten Vierteljahres ab fünf Mark monatlich; im Falle unverschuldeter Erkrankung freie Verpflegung und Behandlung bis zur Dauer von 2 Monaten. Urlaub kann nicht beansprucht, aber gewährt werden.

17. Die Anstaltskleidung ist am Stationsorte stets in und ausser dem Hause zu tragen, wenn nicht die Vorgesetzten in besonderen Fällen davon entbinden. Bei Urlaub nach ausserhalb kann im Allgemeinen andere Kleidung angelegt werden.

18. Während der Dauer der Lehrzeit ist der Bevollmächtigte des geschäftsführenden Ausschusses oder dessen Vertretung im Vorstande befugt, eine Schülerin, welche sich als ungeeignet zur Ausbildung oder zum Verbleiben in der Schwesternschaft erweist, jederzeit zu entlassen. Die Schülerin ihrerseits hat das Recht, während der ersten drei Monate auszuscheiden, muss jedoch vier Wochen vorher schriftlich kündigen. Es steht aber dann dem Märkischen Hause frei, die Schülerin vor Ablauf der Kündigungsfrist zu entlassen. — Die entlassene oder auf eigenen Wunsch ausscheidende Schülerin hat dem Hause eine Entschädigung zu zahlen und zwar für den ersten vollendeten oder auch nur angefangenen Monat 50 Mk., für jeden weiteren angefangenen Monat ihres Aufenthaltes in demselben 25 Mk. Das Gleiche gilt, wenn sie nach nicht bestandenem Examen entlassen wird, doch kann der geschäftsführende Ausschuss in diesem Falle die Entschädigung theilweise oder ganz erlassen.

19. Die Schülerin zahlt beim Eintritt als Sicherheit für die Einhaltung der von ihr gemäss §§ 14, 15 und 18 übernommenen Verpflichtungen und für die ihr anvertrauten Inventarstücke eine Kaution von 200 Mk. Diese wird, sofern sie in baarem Gelde geleistet ist, verzinslich angelegt. Der Zinsertrag steht zur Verfügung der Einzahlenden.

20. Tritt die Schülerin während der ersten drei Monate der Lehrzeit nach vorschriftsmässiger Kündigung aus, oder wird sie während der Lehrzeit oder nach nicht bestandenem Examen entlassen, so wird die Kaution zuzüglich der etwa aufgelaufenen Zinsen, aber abzüglich der Entschädigung nach § 18 ausbezahlt, wenn die Inventarstücke zurückgeliefert sind. Bei grober eigener Verschuldung der Schülerin kann auch das während der Lehrzeit empfangene Taschengeld, soweit die Kaution dazu ausreicht, von derselben zurückgehalten werden. — Tritt die Schülerin ohne vorschriftsmässige Kündigung oder nach Ablauf der ersten drei Monate aus, so verfallen die Kaution und der etwa noch rückständige Gehalt als Konventionalstrafe; über eine etwaige Auszahlung eines Theiles dieser Beträge kann der geschäftsführende Ausschuss beschliessen.

21. Auf ihren Wunsch erhält die Schülerin bei Austritt oder Entlassung eine Bescheinigung über ihren Aufenthalt im Hause, jedoch mit dem beigefügten Vermerk, dass die Lehre nicht beendigt ist. Auch können Grund und Form des Ausscheidens angegeben werden.

Verein stets zu Eigenthum verbleibende Vereinszeichen. Zu ihrer Kleidung Stoff zu einem Arbeitskleid, zwei Schürzen und eine Haube.

§ 5. Die vorschriftsmässige Bekleidungsausrüstung für eine Schwester besteht aus Folgendem: Einem schwarzen Sonntagskleid, grauem Waschkleid für die Wochentage, schwarzem Wintermantel, schwarzem Tuch für den Sommer, seidenem Kopftuch, schwarzen Handschuhen, Schürzen, Hauben — alles nach bestimmter Vorschrift — bunten Unterkleidern, Wäche, für 6 Wochen berechnet, statt der Kragen und Manschetten vorschriftsmässige Streifen.

§ 6. Das erste Vierteljahr erhält die Probeschwester kein Taschengeld. Sodann

---

D. Besondere Bestimmungen, betreffend die Probeschwestern.

22. Schon anderwärts Ausgebildete haben bei ihrer Anmeldung als Probeschwestern ein Zeugniss über ihre Befähigung in der Krankenpflege einzureichen; sie müssen sich aber auf Wunsch des geschäftsführenden Ausschusses einer erneuten Prüfung unterziehen.

23. Die Probezeit beträgt in der Regel 6 Monate und läuft für die hier unterzeichnete Schwester mit dem . . . . . ab. Beide Theile haben sich 14 Tage vor Ablauf derselben über ihren weiteren Entschluss zu äussern.

24. Die Probeschwester erhält freie Wohnung, Kost, Reinigung der Wäsche, die Anstaltstracht, mit Ausnahme des Sonntagskleides, und im Falle unverschuldeter Erkrankung freie Verpflegung und Behandlung bis zur Dauer von 2 Monaten, endlich einen Gehalt von 20 Mark monatlich, postnumerando zahlbar. Urlaub kann nicht beansprucht, aber gewährt werden.

25. Die Anstaltskleidung ist, wenn nicht die Vorgesetzten in besonderen Fällen davon entbinden, am Stationsorte stets, und im Dienst auch ausserhalb des Stationsortes zu tragen.

26. Während der Dauer der Probezeit ist der Bevollmächtigte des geschäftsführenden Ausschusses oder seine Vertretung im Vorstande befugt, eine Probeschwester, welche sich als nicht geeignet zum endgiltigen Eintritt in die Pflegerinnenschaft erweist, jederzeit ohne Kündigung zu entlassen. Die so entlassene Probeschwester hat Anspruch auf Gehalt bis zum Tage des Ausscheidens.

27. Die Probeschwester zahlt bei ihrem Eintritt als Sicherheit für die Einhaltung des Engagements und für die ihr anvertrauten Inventarstücke eine Kaution von 50 Mark, welche verzinslich angelegt wird. Die Zinsen stehen zur Verfügung der Einzahlenden.

28. Wenn eine Probeschwester während oder am Schlusse der Probezeit entlassen wird, so erhält sie die Kaution nach Ablieferung der Inventarstücke zurück. Tritt eine Probeschwester entgegen ihrer Verpflichtung vor Ablauf der festgesetzten Zeit eigenmächtig aus, so verfällt die Kaution und der etwa noch rückständige Gehalt als Conventionalstrafe, doch kann der geschäftsführende Ausschuss dieselben ganz oder zum Theil zurückzahlen.

29. Einer entlassenen oder ausgetretenen Probeschwester wird auf Wunsch eine Bescheinigung über ihren probeweisen Aufenthalt im Hause ertheilt; Grund und Form des Ausscheidens können auf derselben vermerkt werden.

E. Besondere Bestimmungen, betreffend die festangestellten Schwestern.

30. Die aus der Probepflege in die Schwesternschaft Eintretende ist verpflichtet, dem Hause noch 2 Jahre als Pflegerin anzugehören. Zur Sicherung dieser Verpflichtung und der ihr anvertrauten Inventarstücke muss sie ihre Kaution von 50 Mark auf 200 Mark erhöhen.

bis zum Ablauf von 2 Jahren incl. des ersten Vierteljahrs pro Monat 25 Mk., die nächsten 3 Jahre pro Monat 30 Mk. Von da ab pro Monat 35 Mk. Ausserdem erhält sie freie Station, freie Wohnung und Reinigung der Leibwäche, jedoch müssen alle nicht zum Schwesternanzug gehörigen Sachen, als weisse Unterröcke, Taillen, Kragen, Manschetten etc., auf eigene Kosten der Schwester gereinigt werden. Von dem Taschengeld hat die Schwester die Beschaffung ihres Anzuges, wozu auch das Waschen ihrer Haube gehört, zu bestreiten.

§ 7. Die Schwester hat sowohl im Verein zu Berlin, als auch im Schwesternheim zu Neubabelsberg die Hausordnung streng inne zu halten. Zu ihren Obliegenheiten gehört das Reinigen des Schlafzimmers, ihrer Kleider und Schuhe, sowie Hilfe-

---

31. Die Schwester erhält freie Wohnung, Kost, Reinigung der Wäsche, die Anstaltstracht, ein Vereinsabzeichen, ferner, wenn irgend möglich, jährlich einen ordentlichen Urlaub von drei bis vier Wochen, im Falle unverschuldeter Erkrankung (unter Umständen auch während jenes Urlaubes) freie Verpflegung und Behandlung bis zur Dauer von 3 Monaten; endlich einen während des ordentlichen Urlaubes fortlaufenden Gehalt von 300 Mark jährlich, zahlbar vierteljährlich postnumerando, welcher mit jedem Jahre um 50 Mark steigt, bis er den Betrag von 500 Mark erreicht hat. Der geschäftsführende Ausschuss ist befugt, besonders verdienten Schwestern den Jahresgehalt bis auf 600 Mark zu erhöhen, sowie in besonderen Ausnahmefällen den aus der Probepflege in die Schwesternschaft Eintretenden einen höheren Anfangsgehalt zu bewilligen, der jedoch niemals 500 Mark übersteigen darf.

32. Einen ausserordentlichen Urlaub kann der Bevollmächtigte des geschäftsführenden Ausschusses oder dessen Vertretung ertheilen. Für die Dauer desselben hören die Ansprüche auf Gehalt, sowie auf freie Verpflegung und Behandlung im Falle einer während desselben eingetretenen Erkrankung auf. Anstaltskleidung und -Abzeichen können weiter getragen werden, doch hat für ihre Erhaltung die Beurlaubte selbst zu sorgen. Urlaubszeiten ohne Gehalt können bei Berechnung des Dienstalters abgezogen werden, anderseits ist der geschäftsführende Ausschuss befugt, auch bei längerem ausserordentlichen Urlaub die völlige oder theilweise Zahlung des Gehalts, sowie Verpflegung und Behandlung im Krankheitsfalle zu bewilligen.

33. Anstaltskleidung und -Abzeichen müssen im Dienste stets getragen werden; das Abzeichen in den Stationsorten auch ausser dem Dienste, wenn die Vorgesetzten nicht in einzelnen Fällen davon entbinden. Das Tragen von Privatkleidung kann je nach Umständen ganz untersagt werden. — Das Abzeichen bleibt Eigenthum des Hauses; auch verpflichtet sich die Pflegerin, nach Austritt oder Entlassung kein Abzeichen zu tragen, welches gleich oder so ähnlich denen des Hauses ist, dass für Uneingeweihte eine Verwechselung leicht möglich wäre.

34. Vor Ablauf der beiden Pflichtjahre (§§ 15 und 30) kann der geschäftsführende Ausschuss eine Schwester ohne Kündigung entlassen, wenn bei kleineren Ordnungswidrigkeiten wiederholte Ermahnungen erfolglos geblieben sind, oder wenn eine unzweifelhaft schwere Verschuldung vorliegt. Die Schwester hat in diesem Falle Anspruch auf Gehalt bis zum Tage des Ausscheidens.

35. Zwingende persönliche Verhältnisse, welche einer Pflegerin den Austritt vor Ablauf der zweijährigen Pflichtzeit wünschenswerth machen, werden thunlichste Berücksichtigung erfahren.

36. Die von den Schülerinnen und den Probeschwestern gezahlten Kautionen werden ihnen zurückerstattet, wenn sie als „Schwestern" die zwei Pflichtjahre vollendet haben. Treten die Schwestern widerrechtlich vorher aus, so verfallen die Kaution und der etwa noch rückständige Gehalt als Conventionalstrafe. Auch im

leistung im allgemeinen Haushalt. Die neu eintretenden Schwestern wohnen im Schwesternheim zu Neubabelsberg und haben der dortigen Leiterin vollen Gehorsam zu leisten.

§ 8. Weihnachten erhält die Schwester von der Oberin Schwesternkleidung im Werthe von 5 M. für jeden Monat Vereinsarbeit, also für das Volljahr im Werthe von 60 M.

§ 9. Wenn möglich, erhält die Schwester jährlich 4 Wochen Urlaub, den ersten Urlaub jedoch nicht früher als nach Ablauf zweijähriger Thätigkeit. Der Urlaub muss aber zu der Zeit benutzt werden, zu welcher es die Vereinsverhältnisse gestatten. Bei sehr dringender Arbeit muss sich die Schwester eine frühere Zurückberufung oder Beschränkung der Urlaubszeit gefallen lassen.

§ 10. Die Schwester hat jede ihr überwiesene Pflege zu übernehmen, bei Frauen, Männern und Kindern, ohne Unterschied der Konfession, des Standes, des Ortes. Sie hat jeden zur Krankenpflege gehörenden Dienst zu leisten, nur ist sie nicht verpflichtet, die Wäsche des Patienten zu reinigen. Bei Armenpflegen muss sie sich auch diesem Dienst willig unterziehen.

§ 11. Die Schwester erklärt sich, indem sie nach der sechsmonatlichen Probezeit diese Aufnahmebedingungen unterschreibt, mit dem ganzen Inhalt derselben einverstanden und verpflichtet sich damit zu deren Innehaltung.

Die Bedingungen für die Krankenpflege des Vereins sind folgende:

„Die Schwestern des Vereins verpflichten sich, jede ihnen von der Oberin zugewiesene Pflege zu übernehmen bei Herren, Damen und Kindern, ohne Unterschied des Standes, der Konfession, des Ortes.

Die Schwestern haben jede zur Krankenpflege gehörende Arbeit zu leisten, wozu das Aufräumen des Krankenzimmers gehört. Dagegen haben sie weder die allgemeine Küche, noch auch die Pflege Gesunder zu übernehmen, haben weder Kranken-

---

Falle des Ausscheidens nach §§ 34 u. 35 besteht eine Verpflichtung zur Rücklieferung der Kaution nicht, doch kann der geschäftsführende Ausschuss eine solche ganz oder theilwsise zulassen.

37. Nach Ablauf der zwei Pflichtjahre kann die Schwester am letzten Tage jedes Monats nach vorhergegangener dreimonatlicher schriftlicher Kündigung austreten. Geht sie eigenmächtig, ohne Einhaltung der Kündigungsfrist, so verfällt der etwa noch rückständige Gehalt als Conventionalstrafe. — Das Haus kann nach dreimonatlicher schriftlicher Kündigung eine Schwester entlassen wegen Unbotmässigkeit, Unfriedens oder andrer Ordnungswidrigkeiten, sofern mehrfache Ermahnungen oder Verweise fruchtlos blieben, sowie wegen ungenügender Ausübung des Dienstes, sei es aus Nachlässigkeit, sei es aus körperlichem Unvermögen. Bei ganz groben Pflichtverletzungen oder anstössigem Lebenswandel kann eine Entlassung auch sofort erfolgen durch den Bevollmächtigten des geschäftsführenden Ausschusses oder seine Vertretung im Vorstande. Es ist jedoch für Kündigung von Seiten des Hauses ein Beschluss des geschäftsführenden Ausschusses erforderlich und bei sofortiger Entlassung eine nachträgliche Bestätigung durch denselben.

Wenn das Märkische Haus für Krankenpflege genöthigt sein sollte, sich aufzulösen, oder wenn die in Aussicht genommene Verleihung der Korporationsrechte nicht zu erreichen sein sollte, kann die Schwesternschaft gegen sechsmonatliche Kündigung entlassen werden.

Im Falle der Verheirathung einer Schwester erlischt ihre Zugehörigkeit zum Verbande von selbst.

38. Einer entlassenen oder ausgetretenen Schwester wird ein Zeugniss ausgestellt, in welchem auch Grund, Form und Zeit ihres Ausscheidens vermerkt ist. Ver-

noch Hauswäsche zu waschen und zu bügeln, noch auch Kindermädchendienste zu leisten.

Sind die Schwestern bei Armen, so werden sie bei diesen von Herzen gern soviel als möglich auch diese Dienste ausführen, weil sie dort zu den nothwendigen Pflichten gehören; es ist ihnen aber in solchen Familien untersagt, in denen sie eine ihrer Stellung gebührende Aufnahme erwarten können und müssen.

Die Schwestern haben nach jeder Nachtwache ein paar Stunden ungestörte Ruhe, sowie, wenn möglich, täglich etwas Zeit im Freien zu sein, zu beanspruchen; jede 3. Nacht — bei Wachen — aber in besonderem Zimmer zu schlafen. Als Wache wird es gerechnet, wenn die Schwester am Krankenbette sitzen muss oder unausgekleidet vom Sopha oder Lehnstuhl aus den Pflegling beaufsichtigen muss.

Die Schwestern verpflichten sich, mit Gewissenhaftigkeit die ärztlichen Verordnungen auszuführen. In Pflegen, wo ihnen dies von den Angehörigen verboten wird, haben sie dem Arzt Mittheilung zu machen; dürfen sie auch dann nicht die Verordnungen ausführen, so sind sie verpflichtet, die Pflege des Patienten den Angehörigen zu überlassen, sind dann aber jeder Verantwortlichkeit enthoben. Die Schwestern haben in solch einem Fall dem Arzt sofort die Mittheilung zu machen, dass sie in Folge der angegebenen Gründe die Pflege aufgeben mussten.

Dass ein solches Fortgehen nicht kurz oder gar während der Nacht von Seiten der Schwester stattfinden darf, ist selbstverständlich.

Wenn von Seiten der Familie das Aufgeben der Pflege gewünscht wird, so muss die Schwester bis spätestens $9^3/_4$ Uhr Abends in dem Verein eintreffen können. Ist dies nicht mehr möglich, so muss ihr in besonderem Zimmer ein sauber überzogenes Bett zur Disposition gestellt werden.

Die Schwestern sind nicht verpflichtet, Instrumente oder Krankenutensilien mit-

---

weigert sie die Annahme desselben, so wird es vom Vorsitzenden des geschäftsführenden Ausschusses in Verwahr genommen und kann nach Ablauf von 3 Jahren vernichtet werden.

39. Das Haus behält sich das Recht vor, die Namen der in die „Schwesternschaft“ eintretenden und der aus derselben ausscheidenden Pflegerinnen öffentlich oder durch Circular bekannt zu machen.

40. Festangestellte Schwestern, welche dem Hause 15 Jahre lang als solche gedient haben, erhalten, solange sie in der Schwesternschaft verbleiben, wenn sie durch Alter oder ohne eigenes Verschulden durch Kränklichkeit unfähig zum Dienst am Krankenbett geworden sind, ausser der durch die Reichsversicherung gewährleisteten Rente als alleinige Abfindung eine Pension von 350 (dreihundertfünfzig) Mark jährlich, welche an einem beliebigen Orte Deutschlands bezogen werden kann. Wird die Kränklichkeit und damit die Arbeitsunfähigkeit gehoben, so tritt das frühere Dienstverhältniss wieder in Kraft.

Die Zugehörigkeit zur Schwesternschaft ist auch nach Beginn des Pensionsbezuges bedingt durch das Verbleiben im ledigen Stande und durch Führung eines sittlichen Lebenswandels.

41. Der Vorstand des Hauses kann in besonderen Fällen eine Pensionirung auf derselben Grundlage, wie sie in § 40 vorgesehen ist, auch vor Ablauf von 15 Schwestern-Dienstjahren bewilligen.

Berlin, am 20. Juli 1897.

Vorstehende Pflegerinnen-Ordnung habe ich gelesen und anerkannt.

Berlin, den . . . . . . . .

(Unterschrift) . . . . . . . . .

zubringen; die zur Pflege nothwendigen Gegenstände sind von der Familie zu beschaffen. (Bei Armen tritt der Verein, soviel wie möglich, helfend damit ein.)

Den Schwestern sind die Fahrgelder bei Antritt der Pflege, bei Nachtwachen täglich, bei ihren wöchentlich einmaligen Besuchen des Vereins, sowie bei Beendigung der Pflege zu erstatten, wenn die Entfernung mehr als eine halbe Stunde vom Verein ist.

Die Reisekosten sind mit 2. Klasse bei auswärtigen Pflegen der Schwestern gleich bei der Ankunft zu erstatten, ebenso der Betrag für Rückreise und sonstige Reiseauslagen.

Der Pflegebetrag normirt sich wie folgt:

| | | |
|---|---|---|
| 1—4 Tage und Nächte (die 3. Nacht Ruhe) . . . . | à | 5,— M. |
| 5—6 „ „ „ „ „ „ . . . . | à | 4,50 „ |
| 1 Tag von Morgens 8 bis Abends 8 Uhr . . . . . . | à | 4,— „ |
| 1 Nacht von Abends 8 bis Morgens 8 Uhr . . . . . | à | 5,— „ |
| 7 Tage und Nächte (jede 3. Nacht Ruhe) . . . . . | | 30,— „ |

Sind bei einem Patienten 2 Pflegerinnen nothwendig, so übernehmen 2 Schwestern — alle 24 Stunden abwechselnd — die Pflege. Es ist in solchem Falle aber auch für 2 Schwestern der volle Pflegebetrag zu entrichten.

Die zur Wochenpflege gewünschten Schwestern müssen für einen bestimmten Tag als reservirt bestellt werden, d. h. von diesem Tage ab wird der Pflegebetrag berechnet, obwohl die Schwestern erst dann entsandt werden, wenn sie ihr Amt als Pflegerin bei Mutter und Kind antreten können.

Die Nachtwache währt von Abends 8 Uhr bis Morgens 8 Uhr. Die Schwester erhält bei derselben Abendbrot und Frühstück, auf Wunsch auch eine Stärkung in der Nacht.

Sollen die Schwestern eine oder die andere Mahlzeit im Verein einnehmen, so werden diese demselben extra vergütet.

Der Pflegebetrag ist bei kurzen Pflegen innerhalb des Monats, bei längeren Pflegen nach Ablauf von 4 Wochen zu senden, damit der Verein in der Lage ist, bei Führung der Vereinskasse mit bestimmten Zahlen zu rechnen.

Der Tag des Pflegeantritts wird auch dann für voll gerechnet, wenn die Schwestern erst am Abend die Pflege übernehmen; eine Woche wird in Folge dessen, wenn am Freitag Abend die Pflege begann, am Donnerstag Abend als beendet berechnet.

Ein Mehrbetrag des Pflegesatzes wird mit dankbarem Herzen angenommen; andererseits wird auch soviel als möglich für ein Billigeres oder bei Armen gratis gepflegt werden, doch muss in solchen Fällen vorher persönlich mit der Vorsitzenden Rücksprache genommen werden.

Die in Berlin arbeitenden Schwestern müssen einmal in der Woche beurlaubt werden, um ihren Anzug wechseln zu können. Bei auswärtigen Pflegen müssen den Schwestern die Wünsche von Seiten der Familie besorgt werden."

Nur ausgebildete Krankenpflegerinnen werden in den Hilfsschwesternverein aufgenommen. Die Ausbildung kann in jedem Krankenhause erfolgen, meist erfolgt sie in den städtischen Krankenhäusern, sobald die Novizen sich beim Verein selbst melden. Am 22. September 1886 wurde vom Verein in der Nähe des Griebnitzsees bei Potsdam in Neubabelsberg ein Heim für kranke und schwache Schwestern eröffnet. Der Verein hat sich mit jedem Jahre in erfreulicher Weise gefestigt. Nach dem im März 1896 erfolgten Tode der hochherzigen und selbstlosen Stifterin erhielt der Verein den Namen: „Gräfin Rittbergerscher Hilfsschwestern-Verein". Unter der Leitung der neuen Oberin

Amalie von Graevenitz setzt der Verein seine segensreiche Wirksamkeit fort, da jährlich Schwestern theils zum Zwecke der Verheirathung, theils aus anderen Gründen wieder ausscheiden, so hat der Verein nur eine Durchschnittszahl von 20 bis 25 Schwestern. Im Jahre 1897 waren 22 Schwestern im Verein, 12 Schwestern stehen für den Kriegsfall zur Verfügung.

Anschar-Schwestern und Krankenhaus in Kiel.

Im Anfang des Jahres 1872 setzte sich der Vaterländische Frauenverein in Kiel auf Anregung der Vorsitzenden, Gräfin Charlotte zu Rantzau, behufs Begründung einer Anstalt zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen in Kiel mit den Vorstehern der dortigen akademischen Heilanstalten und einer Reihe von sonstigen angesehenen Bewohnern der Stadt Kiel in Verbindung und erliess in Gemeinschaft mit diesen am 15. April 1872 einen Aufruf zur Leistung von Beiträgen für den gedachten Zweck.

Nachdem Ihre Majestät die hochselige Kaiserin und Königin Augusta das Protektorat über die zu gründende Anstalt übernommen hatte, und durch die Gaben, die das Centralkomité des Preussischen Landesvereins vom Rothen Kreuz, des Vaterländischen Frauenvereins, der Gesellschaft freiwilliger Armenfreunde in Kiel und andere Vereine gewährten, sowie durch die in Folge des Aufrufes eingegangenen Beiträge die erforderlichen Mittel gewonnen waren, wurde in der Annenstrasse in Kiel auf einem von den beiden Fräulein Dorothee und Auguste Harder geschenkten Grundstück ein Haus zur Aufnahme der Krankenpflegerinnen erbaut und nach Vollendung dieses Baues die Anstalt unter dem Namen: „Mutterhaus zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen“ im Jahre 1873 eröffnet.

Der Zweck der Anstalt wurde in der ersten Zeit nur beschränkt auf die Ausbildung von Krankenpflegerinnen: „Jungfrauen und Frauen evangelischen Bekenntnisses, welche sich mit innerem Antriebe diesem Lebensberufe widmen wollen, zu tüchtigen Krankenpflegerinnen auszubilden und sie in einer ihre Lebensstellung sichernden Genossenschaft zu vereinigen.“ Später jedoch (Satzungen vom 11. Juni 1895) wurden noch drei weitere Ziele diesem Hauptzweck angefügt, nämlich „eine Krankenheilanstalt zu unterhalten und für den Kriegsfall zur Verfügung zu stellen; — die Schwestern ausserhalb der Anstalt für Privat-Krankenhaus- und Gemeindepflege zu verwenden und im Falle eines Krieges für die Krankenpflege zur Verfügung zu stellen; — auch solchen Jungfrauen und Frauen, welche, ohne in die Genossenschaft der Anstalt einzutreten, sich der Krankenpflege zu widmen wünschen, die Gelegenheit zur Ausbildung für diesen Beruf und Aufnahme in das Haus für die Lehrzeit zu gewähren.“ In Folge dieses erweiterten Zweckes entsprach der alte Name nicht mehr den thatsächlichen Verhältnissen, Ihre Majestät die Kaiserin und Königin genehmigte daher im Jahre 1890 allerhöchst, dass die Anstalt die Benennung: „Anschar-Schwestern- und Krankenhaus“ erhielt. Allerhöchstdieselbe liess dann unter dem 12. Dezember 1895 dem Vorstande durch ihren Oberhofmeister eröffnen, dass sie das Protektorat der Anstalt, das Ihre Majestät nach dem Tode der Kaiserin Augusta übernommen hatte, nicht weiter fortführen werde, da Ihre Majestät als Protektorin des Rothen Kreuzes grundsätzlich Spezialprotektorate über Anstalten, welche zum Rothen Kreuz gehören, nicht führe.

Die Anstalt wird durch einen Vorstand geleitet, der aus 5 Damen und 7 Herren besteht, unter denen sich ein Rechtsverständiger, ein Mitglied der Direktion der akademischen Heilanstalten, ein Seelsorger und ein Rechnungskundiger befinden muss, ausserdem aus der Oberin und dem Arzt der Anstalt.

Im Jahre 1895 erklärte die Anstalt ihren Beitritt zu dem Verbande deutscher

Krankenpflegeanstalten vom Rothen Kreuz. Die Zahl der Pflegeschwestern beläuft sich zu Beginn des Jahres 1898 auf 66, von denen 12 als nicht felddienstfahig bezeichnet sind.[1])

Rothes Kreuz, Schwesternhaus in Köln und Rheinprovinz für Krankenpflege.

Die Anstalt wurde am 15. November 1892 von der jetzigen Oberin, Helene Schmiede, gegründet zum Zweck der Förderung der Kranken- bezw. Gemeindepflege. Sie unterhält in Köln zur Anlernung und Ausbildung der Schwestern ein Hospital mit 30 Betten. Dem Haus, das unter das Protektorat des Vaterländischen Frauenvereins in Köln gestellt ist, gehören 64 Schwestern, sowohl evangelischer als katholi-

---

[1]) Die Schwesternordnung des Anschar-Schwesternhauses lautet:

Von der Aufnahme.

§ 1. Das Anschar-Schwesternhaus nimmt evangelische Frauen und Jungfrauen im Alter von 18—40 Jahren als Schwestern auf. Die Lehrzeit dauert in der Regel neun Monate, von denen drei als Probezeit dienen.

Ausserdem können, soweit es der Raum und andere Umstände gestatten, gegen eine monatliche Vergütung von achtzig Mark als Pflegeschülerinnen auch solche aufgenommen werden, die sich ohne die Absicht, Schwestern des Hauses zu werden, in der Krankenpflege ausbilden wollen. Während der Dauer ihres Aufenthalts stehen solche Pflegeschülerinnen unter den für die Schwestern geltenden Bestimmungen.

§ 2. Die Anmeldung geschieht bei der Oberin, womöglich durch persönliche Vorstellung, sonst schriftlich und thunlichst unter Beifügung einer Photographie. Die Aufnahme kann jederzeit erfolgen.

§ 3. Bei der Meldung sind einzureichen:

1. ein von der Bewerberin selbst verfasster und selbst geschriebener Lebenslauf;
2. ein Taufschein;
3. eine ärztliche Gesundheitsbescheinigung;
4. ein Zeugniss eines Geistlichen oder ein Führungsschein von einer Behörde, wenn möglich auch Empfehlung von bekannten Personen;
5. die Einwilligung der Eltern oder Vormünder, wenn die Bewerberin nicht selbstständig ist.

§ 4. Die Annahme erfolgt, nachdem der Arzt des Anschar-Hauses nochmals die Gesundheit der Bewerberin geprüft hat, auf Vorschlag der Oberin durch den Vorstand.

§ 5. Ist die Bewerberin angenommen, so hat sie sich schriftlich zu verpflichten, nach Ablauf ihrer Lehrzeit dem Anschar-Hause drei Jahre als Pflege-Schwester zu dienen, sei es im Kriege oder im Frieden, sei es im Krankenhause, in der Armenpflege oder in der Privatpflege, oder endlich in häuslichen Arbeiten des Anschar-Hauses.

Zur Sicherung des Hauses hinsichtlich der von ihr übernommenen Verpflichtungen hat sie eine Kaution von dreihundert Mark zu stellen. Die Kaution wird entweder baar eingezahlt und dann zu Gunsten der Schwester zinsbar angelegt, oder durch Bürgschaft geleistet. Nach Ablauf der drei Pflichtjahre wird die Kaution oder der Bürgschaftsschein zurückgegeben.

Ausnahmsweise kann unter ganz besonderen Umständen der Vorstand die Kautionsleistung auf eine geringere Summe ermässigen, bezw. ganz erlassen, und für solche, welche beim Eintritt sich als bereits völlig in der Krankenpflege ausgebildet ausweisen, wird die Kautionssumme überhaupt auf nur fünfzig Mark bestimmt.

Von den Probeschwestern.

§ 6. Die Eintretende wird für die ersten drei Monate Probeschwester (s. § 1). Eine Probeschwester, die sich als nicht geeignet zur Krankenpflege erweist, kann von der Oberin in Gemeinschaft mit dem Vorsitzenden des Vorstandes jederzeit entlassen werden. Auf der anderen Seite hat eine solche das Recht, nach 14tägiger Kündigung auszutreten.

scher Konfession an, die theils in Köln, theils auf Stationen im Rheinland und Westfalen in der Krankenpflege thätig sind.

Die Satzungen des Hauses enthalten folgende Bestimmungen:

§ 1. Unter dem Namen Rothes Kreuz, Schwesternhaus für Köln und Rheinprovinz, besteht eine öffentliche, wohlthätigen Zwecken gewidmete Anstalt.

Der besondere Zweck des Instituts ist, gebildete Jungfrauen in der Krankenpflege auszubilden, und dieselben für die freiwillige Krankenpflege im Krieg und Frieden, Cholera-, Gemeinde-, Armen-, Wochen- und Privatpflege mit vorzugsweiser Berücksichtigung der Stadt Köln nnd der Reinprovinz zu verwenden.

Das Institut hat nichts mit der heut modernen Frauenfrage zu thun, die den Pflegerinnen eine gute, ertragreiche Existenz verschaffen will, sondern betrachtet die

---

Eine ausscheidende Probeschwester hat dem Anschar-Hause für die Zeit ihres Aufenthalts eine Vergütung zu leisten, und zwar von monatlich Sechzig Mark, wenn sie freiwillig austritt oder wegen mangelhafter Führung entlassen wird, andernfalls von Dreissig Mark für den Monat.

§ 7. Nach Ablauf von drei Monaten wird die Probeschwester Lehrschwester. Die übrige Lehrzeit dauert, wie oben (§ 1) bemerkt, in der Regel sechs Monate, kann jedoch durch Beschluss des Vorstandes sowohl verlängert als verkürzt werden.

Von den Lehrschwestern.

§ 8. Die Lehrschwester, sowie auch schon die Probeschwester, erhält neben freier Wohnung, Beköstigung, Dienstkleidung und Reinigung der Wäsche ein monatliches Taschengeld von Sechs Mark.

§ 9. Die Lehrschwester bezw. Probeschwester erhält ihre praktische Ausbildung in einem Krankenhause, den theoretischen Unterricht im Anschar-Hause.

§ 10. Scheidet eine Lehrschwester aus, so gelten in Bezug auf die dem Anschar-Hause zu leistende Vergütung für die Lehrzeit dieselben Bestimmungen wie für die Probeschwester (s. § 6 Abs. 2).

§ 11. Nach erfolgreicher Beendigung ihrer Ausbildung wird die Lehrschwester auf Beschluss des Vorstandes in den Verband des Anschar-Hauses als Pflegeschwester aufgenommen. Wer beim Eintritt bereits anderswo voll ausgebildet war, kann durch Beschluss des Vorstandes unmittelbar nach der dreimonatigen Probezeit aufgenommen werden.

Bei der Aufnahme als Pflegeschwester ist eine so lautende Urkunde zu unterschreiben:

„Ich . . . . . . verspreche, den Anordnungen des Vorstandes und der Oberin des Anschar-Hauses, sowie auch den Anordnungen und Vorschriften der Aerzte, welche die Behandlung der von mir zu pflegenden Kranken leiten, gewissenhaft nachzukommen, mich überall wohlanständig, verschwiegen und meinem Berufe entsprechend zu verhalten, und überhaupt dem Anschar-Hause in Krieg und Frieden zu dienen. Für den Fall, dass ich von diesem Gelöbniss eigenwillig zurücktrete oder durch mein Verschulden dem Vorstande Veranlassung zu meiner Entlassung geben sollte, verpflichte ich mich, die aus meiner Probe- und Lehrzeit erwachsenen Kosten zurückzuzahlen, die mir vom Anschar-Hause überreichten Abzeichen sowie die Schwestertracht sofort abzugeben und eine solche Kleidung und solche Abzeichen künftig nicht wieder anzulegen."

Von den Pflegeschwestern.

§ 12. Bei der Aufnahme in den Schwesternverband wird der Schwester das Abzeichen des Verbandes deutscher Krankenpflege-Anstalten vom rothen Kreuz übergeben, nach Ablauf der drei Pflichtjahre das Abzeichen des Anschar-Hauses in der Gestalt eines silbernen Kreuzes. Beide Abzeichen sind von der Schwester anzulegen, bleiben aber Eigenthum des Anschar-Hauses und sind bei einem etwaigen Abgang der Oberin wieder abzuliefern.

§ 13. Die ausgebildete Pflegeschwester erhält während der Dauer ihrer Dienstfähigkeit unter Fortgenuss der Naturalbezüge des § 8 ein monatliches Taschengeld von Achtzehn Mark, welches nach zehnjähriger Dienstzeit auf Einundzwanzig Mark, nach fünfzehnjähriger auf Fünfundzwanzig Mark steigt.

Krankenpflege einzig und allein als eine uneigennützige Thätigkeit christlicher Nächstenliebe.

Deshalb ist der Vorstand des Verbandes auch bestrebt, nur solche Elemente zu sammeln, die nicht des Lohnes willen, sondern aus Liebe für die Sache, sich der Armen- und Krankenpflege widmen wollen.

Irgend welches Dienstverhältniss zwischen Vorstand und Schwestern ist daher auch ausgeschlossen.

Das Institut hat den Charakter einer Genossenschaft; die Oberin bildet mit den Schwestern eine Familie und werden die Schwestern wie Töchter des Hauses gehalten.

Sie erhalten vollen Unterhalt, Reinigung der Wäsche, in Krankheitsfällen Arzt, Pflege, Arzeneien etc. etc.

---

§ 14. Verlässt eine ausgebildete Pflegeschwester im Verlaufe der drei Pflichtjahre die Anstalt, so hat sie die durch ihre Ausbildung dem Hause erwachsenen Kosten unter entsprechender Anrechnung der von ihr geleisteten Dienste zu erstatten. Zwingende persönliche Verhältnisse, die einer Schwester den Austritt vor Ablauf ihrer dreijährigen Dienstzeit wünschenswerth machen, werden thunlichste Berücksichtigung finden.

Nach Ablauf der drei Pflichtjahre kann der Austritt am letzten Tage jedes Monats nach vorhergegangener dreimonatiger Kündigung erfolgen.

Der Vorstand hat jederzeit das Recht zur Entlassung nach dreimonatiger Kündigung. Bei groben Pflichtverletzungen einer Schwester erfolgt sofortige Ausserdienststellung durch die Oberin, während über die endgültige Entlassung der Vorstand entscheidet.

Allgemeine Bestimmungen.

§ 15. Jede Schwester ist den Hausordnungen des Anschar-Hauses und der Krankenhäuser, in denen sie arbeitet, unterworfen, hat auch in Privatpflegen und Gemeindepflegen den Anordnungen der behandelnden Aerzte gewissenhaft Folge zu leisten und die strengste Verschwiegenheit zu beobachten, sowohl über die Kranken und deren Familie, als auch über das Anschar-Haus und die Krankenhäuser.

§ 16. Geldgeschenke oder Werthgegenstände dürfen die Schwestern von ihren Kranken oder deren Angehörigen für sich nicht annehmen, sondern müssen solche der Oberin abliefern. Ueber die weitere Verwendung entscheidet der Vorstand. Die für die Pflege schuldigen Beträge werden durch das Haus eingezogen.

§ 17. Wenn irgend möglich, erhält jede Schwester jährlich einen drei- bis vierwöchigen Urlaub.

§ 18. Die Schwestern stehen unter dem Schutze des Vorstandes.

Im Erkrankungsfalle hat die Pflegeschwester Anspruch auf freie Verpflegung und ärztliche Behandlung, die Lehrschwester jedoch nur auf die Dauer von 1 bis zu 3 Monaten. Keine im Anschar-Hause wohnende Schwester darf ohne Vorwissen der Oberin einen Arzt zu Rathe ziehen oder selbstständig Arzneimittel nehmen.

§ 19. Pflegeschwestern, die im Dienste des Anschar-Hauses zu dessen Fortleistung dauernd unfähig werden, haben Anspruch auf den Fortgenuss der Naturalbezüge des § 8, sowie auf ein monatliches Taschengeld, welches bei Eintritt der Unfähigkeit vor zehnjähriger Dienstzeit Fünf Mark, bei solcher nach zehnjähriger Dienstzeit Zehn Mark und bei solcher nach fünfzehnjähriger Dienstzeit Fünfzehn Mark beträgt, wogegen Bezüge aus etwaigen für die Schwestern eingegangenen Versicherungsverträgen dem Anschar-Hause zustehen.

Ueber das Vorliegen dauernder Dienstunfähigkeit einer Schwester entscheidet der Vorstand auf ärztliches Gutachten.

Kiel, April 1896.

Die Pflegeordnung lautet:

I. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Die Schwestern haben in der Krankenpflege den Anordnungen des betreffenden Arztes unweigerlich und willig auf's Sorgfältigste Folge zu leisten. Wo sie die Anweisungen nicht verstanden, haben sie die Pflicht sofort nachzufragen, um nicht wegen falschen Verständnisses dem Kranken etwa Schaden zuzufügen. Wo sie in

§ 2. Die in diesen Verband aufgenommenen Pflegerinnen heissen Schwestern.

§ 3. Als Schwestern werden aufgenommen gebildete, gesunde und unbescholtene Mädchen im Alter von 20—36 Jahren ohne Unterschied der christlichen Konfession; dieselben haben einzureichen: a) Geburts- resp. Taufschein, b) Sittenzeugniss von Geistlichen und Ortsbehörde, c) Gesundheitsattest, d) Zeugnisse über frühere Thätigkeit, e) einen selbstgeschriebenen, ziemlich ausführlichen Lebenslauf, f) die Photographie.

§ 4. Persönliche Meldung ist erwünscht, jedoch nicht nothwendig, Reisekosten werden hierfür nicht erstattet.

§ 5. Die Lehr- und Probezeit dauert in der Regel ein Jahr.

Nach Beendigung derselben erhält die Schwester zur Einkleidung die volle Uniform und ein Taschengeld, welches zur Erhaltung und Bestreitung der Garderobe etc. dienen soll.

---

dringenden Nothfällen glauben, selbstständig eingreifen zu müssen, haben sie baldmöglichst dem betreffenden Arzt Mittheilung zu machen. Ueber alles, was sie bei Kranken oder in deren Familien hören, haben sie ihrem Gelöbniss gemäss ebenso, wie über alle Angelegenheiten des Mutterhauses, strenge Verschwiegenheit zu beobachten und dürfen etwaige Mittheilungen nur der Oberin machen, die auch in dieser Hinsicht die mütterliche Beratherin der Schwestern sein wird.

§ 2. Ueberall sollen die Schwestern durch williges und freundliches Verhalten beweisen, dass sie ihren Beruf in der rechten Weise auffassen, und sollen sich befleissigen, mit ihren Mitschwestern in Frieden, Eintracht und Freundschaft zur gegenseitigen Erleichterung des Dienstes zu leben.

§ 3. Die Schwestern sind für die Kraukenpflege, d. h. für die Reinlichkeit und Ordnung, die ausreichende Hilfe und Unterstützung, die Befolgung der ärztlichen Anordnungen und die unverbrüchliche Verschwiegenheit in Krankheits-Angelegenheiten verantwortlich, und keine Mühwaltung darf ihnen zu gering oder zu schwer und lästig dünken, um dem Kranken seine Lage thunlichst zu erleichtern.

§ 4. Wenn von der Oberin ein Wechsel der dienstthuenden Schwester angeordnet ist, hat die letztere ihrer Vertreterin alle etwaigen besonderen Vorschriften mitzutheilen, deren Beachtung bei einem bestimmten Fall ihr aufgegeben war.

§ 5. Da alle mit ihrem Dienst in Verbindung stehenden Geldgeschäfte durch den Vorstand des Mutterhauses besorgt werden, ist es den Schwestern unter Androhung der sofortigen Entlassung aus dem Mutterhause untersagt, von den Kranken oder deren Angehörigen Geld oder Werthgeschenke anzunehmen.

II. Krankenhausdienst im Mutterhause.

§ 6. Jede Schwester hat sofort bei Aufnahme eines ihr zur Pflege zugewiesenen Kranken ein Verzeichniss der dem Kranken abgenommenen Gegenstände aufzustellen, welches bei erwachsenen Kranken denselben eingereicht, bei Kindern aber mit den Gegenständen selbst in Verwahrsam genommen wird. Werthgegenstände sind der Oberin in Verwahrsam zu geben.

§ 7. Die Schwester erhält ferner für jeden von ihr bedienten Kranken ein Verzeichniss der ihrer Aufsicht und Benutzung anvertrauten Inventarienstücke.

Für Verluste und Beschädigungen an denselben ist die Schwester verantwortlich und hat, im Fall sie Schuld dafür trifft, die Ersatzkosten zu tragen. Unter allen Umständen aber ist jeder Schaden oder Verlust innerhalb 24 Stunden der Oberin zur Kenntniss und Untersuchung anzuzeigen, widrigenfalls die Schwester als schuldig angesehen werden wird.

§ 8. Von Todesfällen ist sofort, nachdem der Arzt den Tod festgestellr hat, der Oberin Mittheilung zu machen, damit das Eigenthum, welches noch bei dem Verstorbenen sich vorfindet, in Sicherheit genommen werden kann.

§ 9. In den Krankenzimmern dürfen nur diejenigen Schwestern erscheinen, welche von der Oberin daselbst zum Dienst und zur Ablösung bestimmt worden sind. Anderen Schwestern ist der Besuch daselbst streng untersagt. — Insonderheit ist es den ausserhalb des Hauses in der Krankenpflege beschäftigten Schwestern strengstens verboten, ohne vorherige Erlaubniss der Oberin ein Krankenzimmer des Mutterhauses zu betreten.

§ 6. Die Uniform ist stets, ohne die geringste Abweichung zu tragen. Die vorgeschriebenen Anstaltskleider hat sich die Schwester selbst zu halten. Stoff zu Kleidern und Arbeitsschürzen etc. liefern wir gern zum Einkaufspreis.

§ 7. Tritt eine Schwester vor Ablauf der ersten 2 Jahre nach der Lehrzeit aus, so hat sie 100 Mark für Lehr- und Kostgeld an die Anstaltskasse zu zahlen.

§ 8. Schwestern, deren Verhalten in jeder Beziehung den Anforderungen entspricht und drei volle Jahre dem Verbande angehört haben, erhalten als Auszeichnung ein rothes Kreuz mit der Inschrift: „Für treue Dienste."

Schwestern, die dem Verbande 5 Jahre angehört haben, erhalten ein rothes Kreuz in goldener Fassung mit dem Datum und der Jahreszahl des Eintritts in den Verband.

§ 9. Jede Schwester erhält jährlich 3 Wochen Ferien und einen Schein zur Ermässigung der Eisenbahnfahrten.

§ 10. Die Schwestern verpflichten sich zu absolutem Gehorsam, freundlichem und friedfertigem Betragen, zu strenger Verschwiegenheit über alles, was in der Anstalt, im Amt und an den Krankenbetten und Familien der Kranken vorgeht, jegliche Kritik über Aerzte zu vermeiden und einen makellosen Lebenswandel zu führen.

§ 11. Der Vorstand behält sich das Recht vor, Schwestern sofort zu entlassen, falls Vergehen vorkommen, die dem Ruf der Anstalt schaden könnten, und eine öffentliche Bekanntmachung hiervon zu erlassen.

§ 12. Die Pensionskasse wird wie folgt geregelt: Nach 10jähriger Dienstzeit ist die Schwester, jedoch nur bei eintretender Invalidität zu vollständiger Schwestern-Existenz im Hause und dem Taschengelde berechtigt.

§ 13. Tritt bei Unfällen im Dienst eine frühere Invalidität ein, so wird in besonderen Fällen eine Pension gewährt. Ueber die Höhe derselben haben der Vorstand und die Schwestern gemeinsam zu berathen und zu bestimmen. Die Ma-

---

§ 10. Klagen und Beschwerden der Kranken haben die Schwestern der Oberin, beziehungsweise dem Arzte, mitzutheilen.

§ 11. Die dienstthuenden Schwestern haben dafür Sorge zu tragen, dass den nachfolgenden Bestimmungen über die Kranken etc. Folge geleistet wird. Etwaige Ueberschreitungen von Seiten der Kranken oder anderer Personen haben sie, sofern sie diese nicht selbst durch freundliche Ermahnnung abstellen können, bei der Oberin und dem Arzte zur Anzeige zu bringen.

§ 12. Die Kranken haben während ihres Aufenthaltes im Mutterhause den Anordnungen der Aerzte und Schwestern Folge zu leisten und sich gegen diese und andere anständig zu benehmen.

§ 13. Die Kranken werden gleich bei der Aufnahme gebadet und gründlich gereinigt.

§ 14. Sie erhalten ein Bett mit reiner Bettwäsche, welche bei beständiger Bettlage nach Erfordern, aber mindestens wöchentlich, bei Kranken, die Tag über ausserhalb des Bettes zubringen, alle 14 Tage gewechselt wird. Allwöchentlich wird ein reines Hemd gereicht und muss die Leibwäsche gewechselt werden, welche erforderlichenfalls vom Mutterhause geliefert wird.

§ 15. Jeden Morgen müssen sich die dazu fähigen Kranken Gesicht und Hände waschen, andernfalls wird diese Reinigung durch die Schwestern besorgt.

§ 16. Die Kranken dürfen nicht mit Kleidern in oder auf den Betten liegen, noch dürfen irgend welche Sachen in den Betten aufbewahrt werden.

Die mitgebrachten Kleider werden in den dazu bestimmten Räumen untergebracht, niemals im Krankenzimmer.

§ 17. Ohne besondere Erlaubniss des Arztes darf Kranken von aussen keine Speise oder dergl. zugetragen werden. Von den verabreichten Speisen darf Nichts in Betten und Schubladen aufbewahrt werden.

§ 18. Nicht bettlägrige Kranke haben sich während der Besuche des Arztes bei ihren Betten aufzuhalten und dürfen das Gebiet des Mutterhaus nur nach ertheilter Erlaubniss verlassen.

jorität der Stimmen ist maassgebend. Lehr- und Probeschwestern sind stimmberechtigt.

§ 14. Jeder Schwester werden 5 pCt. vom Taschengeld abgezogen und bei der Pensionskasse eingezahlt.

Von der Gesammteinnahme der Verbandskasse werden $2^1/_2$ pCt. an die Pensionskasse abgeliefert.

§ 15. Die Pensionsgelder werden auf der Sparkasse deponirt und Zins auf Zins gelegt.

§ 16. Die 3 ältesten in Köln anwesenden Schwestern sollen die Abrechnung der Pensionsgelder und Kasse besorgen.

§ 17. Bei einem Austritt der Schwester werden auf Wunsch die eingezahlten Pensionsgelder ohne Zinsen zurückgegeben.

§ 18. Wird eine Schwester nach § 11 entlassen, fallen die Pensionsgelder der Pensionskasse zu.

§ 19. Bei Austritt einer Schwester verliert dieselbe jeden Anspruch auf Pension.

§ 20. Im Sommer stehen die Schwestern um 6 Uhr morgens auf, im Winter um $^1/_2$7 Uhr.

§ 21. Die Schwestern haben ihre gemeinsamen Schlafzimmer, Kleider und Stiefel selbst zu reinigen.

§ 22. Sind die Schwestern nicht in Aussenpflege thätig, so sind sie zur Hilfe im Haushalt, Nähstube u. s. w. verpflichtet.

§ 23. Die Haare sind glatt und gescheitelt zu tragen, Pony- und Titusfrisuren und gebranntes Haar sind nicht erlaubt.

§ 24. Hat die Schwester schwache oder kranke Augen, so trage dieselbe eine Brille. Pincenez ist verboten.

§ 25. Theater und öffentliche Vergnügungsorte dürfen die Schwestern nicht besuchen; ausgenommen sind Konzerte.

---

§ 19. Besuche sind nur Nachmittags von 3 bis 5 Uhr gestattet und zwar von in Kiel wohnenden Personen regelmässig nur am Sonntag, Mittwoch und Freitag, von Auswärtigen täglich. Die Besucher haben sich bei der Schwester zu melden. Kommt Besuch ausser der Zeit, oder gilt er einem Schwerkranken oder Operirten, so ist vorher die Erlaubniss des Arztes, oder bei seiner Abwesenheit, des Assistenten oder der Oberin einzuholen. Im Winter werden nach 5 Uhr, im Sommer nach 7 Uhr Besuche nicht mehr zugelassen. In der Regel darf die Dauer des Besuchs 10 Minuten nicht überschreiten.

§ 20. Die Besuchenden dürfen keine brennenden Pfeifen oder Cigarren mit sich führen, haben ihre Füsse vor dem Eintritt gut zu reinigen und müssen sich still und nicht störend verhalten. Die Aerzte und Schwestern haben das Recht, zu untersuchen, ob die Besuchenden Sachen mit sich führen, welche vorher abgelegt werden müssen.

§ 21. Jede Verunreinigung der Krankenräume durch Spucken auf den Fussboden oder dergl. ist auf's Sorgsamste zu vermeiden.

III. Verpflichtungen der für die Poliklinik bestellten Schwester.

§ 22. Die von der Oberin für die Klinik bestellte Schwester leistet dort Hülfe bei allen Operationen und Verbänden. Sie sorgt für die Reinlichkeit des Lokals, für die genügende Menge und Beschaffenheit des Verbandzeuges und für die sorgfältige Reinigung der Instrumente nach gemachtem Gebrauch. Dagegen hat der Assistenzarzt die Instrumente unter Verschluss.

§ 23. Die sorgfältigste Beachtung der vom Arzte gegebenen Vorschriften für die Desinfektion ist ihre Hauptpflicht, und diese ist namentlich etwa ablösenden oder zur Hülfe hinzugezogenen Schwestern einzuschärfen.

§ 24. Die für die Klinik bestellte Schwester besorgt am Nachmittage das Kneten und Electrisiren der nicht in's Mutterhaus aufgenommenen Kranken. Ueber diese Hülfeleistungen und das an solche Kranke etwa verabreichte Verbandmaterial hat die Schwester Buch zu führen und der Oberin allabendlich vorzulegen.

§ 26. Verleben die Schwestern ihre Ferien ausserhalb Kölns, so findet § 25 keine Anwendung während dieser Zeit. Auch dürfen die Schwestern während der Ferien Privatkleider tragen.

§ 27. Alles Eigenthum der Schwestern ist mit Namen zu versehen. Ungezeichnete Wäsche wird nur gegen ein Lösegeld von 5 Pfg. pro Stück herausgegeben, ein Gleiches geschieht bei umherliegenden Sachen.

§ 28. Die Schwestern haben jede angewiesene Arbeit zu verrichten und jede aufgetragene Pflege zu übernehmen, sei es in Köln oder ausserhalb, bei Männern, Frauen, Kindern ohne Unterschied der Konfession.

§ 29. Die Nachtwachen sind um 8 Uhr Abends anzutreten.

§ 30. Die Schwestern haben alle zur Krankenpflege gehörigen Arbeiten zu verrichten, dazu gehört event. auch das Reinigen der Krankenzimmer.

§ 31. Jede ausgesandte Schwester hat ihre Kranken mit Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit zu verpflegen und die Verordnungen des Arztes mit Pünktlichkeit zu befolgen. Eigenmächtige Verordnungen sowie das Anwenden von Hausmitteln ist streng untersagt.

§ 32. Wird eine Schwester nach ausserhalb gesandt, so werden die Reisekosten III. Classe ersetzt. Etwaige Ueberfrachten haben die Schwestern selbst zu zahlen.

§ 33. Es ist den Schwestern verboten, mit Verpflegten oder deren Angehörigen Freundschaften und engen Verkehr anzuknüpfen.

§ 34. Geschenke darf keine Schwester annehmen.

Helene Becker,
Vorsitzende des Vaterl.-Frauen-Vereins
Köln am Rhein.

Der Vorstand
Schwester Helene Schmiede,
Oberin.

Gelöbniss der Schwestern:

„Nachdem ich in den Verband der Schwestern vom rothen Kreuz in Köln als Mitschwester aufgenommen bin, gelobe ich, mit vollem Ernst, warmer Liebe und aller Treue der Kranken- und Armenpflege zu dienen, im Kriege wie im Frieden, in Anstalten sowie in Privathäusern. Ich verpflichte mich, auf Grund vorstehender Schwesternordnungen, den allgemeinen Dienst-Ordnungen sowie allen von der Oberin und den Aerzten gestellten Anforderungen gewissenhaft nachzukommen und über alles, was unsern Beruf anbetrifft, strengste Verschwiegenheit zu beobachten.“

Die Bedingungen für die Krankenpflege sind folgende:

1. Das Institut hat den Zweck, Kranken ohne Unterschied des Standes, Alters, Geschlechts und der Konfession durch die Dienste geschulter Pflegerinnen zu helfen.

2. Die Schwestern übernehmen jede von der Oberin zugewiesene Pflege unter Aufsicht des behandelnden Arztes.

3. Die Schwestern übernehmen die Pflege ihrer Patienten voll und ganz und verrichten alle zur Krankenpflege gehörigen Dienste, auch wenn nöthig die Fürsorge für die Ernährung des Kranken.

4. Untersagt ist den Schwestern, solche Dienste zu verrichten, die nicht zur Krankenpflege gehören.

5. Wenn es der Zustand des Patienten irgend erlaubt, so muss die Schwester den Gottesdienst besuchen.

6. Damit die Gesundheit der Schwester nicht geschädigt wird, ist es durchaus nöthig, dass sie nach jeder Nachtwache 4—5 Stunden schlafen und auch etwas frische Luft schöpfen kann.

7. Es wird höflichst gebeten, den Schwestern die Mahlzeiten weder im Krankenzimmer noch bei den Dienstboten zu serviren.

8. Die Nachtwache währt von Abends $^1/_2$9 bis Morgens $^1/_2$9. Während derselben wolle man den Schwestern etwas Thee oder Kaffee verabreichen.

9. Alle Wünsche der Patienten bezw. deren Angehöriger sollen, soweit möglich, gern berücksichtigt werden und wird gebeten, alles, was die Kranken, Pfleger und Schwester etc. betrifft, der Oberin mitzutheilen.

Gleichfalls sind nur dem Vorstand bezw. der Oberin die Bezahlungen für die geleisteten Dienste zu entrichten.

10. Für jeden Tag, bezw. Nachtwache sind an die Anstaltskasse 3 Mk. zu entrichten.

Bei Pflege ausserhalb Kölns sind auch die Reisekosten III. Classe zu ersetzen.

Jeder angefangene Tag wird für voll gerechnet.

Die Schwestern dürfen unter keinen Umständen Geschenke annehmen, und bitten wir höflichst, den Schwestern solche nicht anzubieten. Einen Mehrbetrag des Pflegesatzes nehmen wir natürlich mit dankbarem Herzen an; derselbe wird zum Besten der Anstalt und der Schwestern verwendet."

Krankenpflege- und Heilanstalt des bayerischen Frauenvereins in München. (Siehe diesen oben.)

Die Anstalt verfügte Ende 1897 über 75 Schwestern und 11 Reservepflegerinnen, die nach Bedarf einberufen werden.

## 4. Der Deutsche Frauenverein für Krankenpflege in den Kolonien.

Der Verein, der unter dem Protektorate Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin steht, bezweckt:

1. die Förderung der Krankenpflege in den deutschen Kolonien durch Herstellung von Krankenhäusern und Sanatorien, durch Beschaffung von Geräthschaften, Heilmitteln und Werkzeugen, sowie durch Ausbildung und Unterhaltung von Krankenpflegekräften für diese Krankenhäuser und Sanatorien;

2. Förderung der Thätigkeit der Mission in den deutschen Kolonien durch Betheiligung an Aufgaben und Unternehmungen, die die Linderung von Nothständen der Bevölkerung im Auge haben.

Der Verein unterhielt im Jahre 1897 : 11 geschulte Schwestern aus den verschiedensten Häusern. Neuerdings hat er einen Aufruf erlassen zur Meldung von Frauen und Jungfrauen, die bereit sind, sich für den Verein ausbilden zu lassen. Die Ausbildung erfolgt in einem $1^1/_2$ jährigen Kursus im Hamburg-Eppendorfer Allgemeinen Krankenhause.

## 5. Sonstige interkonfessionelle Krankenpflegevereinigungen.

### α) Der Verein Viktoriahaus in Berlin.

Derselbe ist in Berlin durch den Verein für häusliche Gesundheitspflege am 1. Januar 1883 gegründet worden und steht unter dem Protektorate der Kaiserin Friedrich. Die Anstalt „Viktoriahaus", deren Zweck die Ausübung der häuslichen Armenkrankenpflege und der Hospitalpflege ist, wird durch eine Vorsteherin geleitet. Die Verwaltungsangelegenheiten werden von einem Komité besorgt. Die Einnahmen bestehen aus den Zinsen eines von den damaligen kronprinzlichen Herrschaften geschenkten Vermögens von 118000 M., einem jährlichen Zuschuss des oben genannten Vereins und aus Beiträgen von Freunden des Viktoriahauses. Die zu dem Viktoriahause gehörigen Krankenpflegerinnen, die Viktoriaschwestern, werden in der Königlichen chirurgischen Klinik, in der Frauenklinik und vor Allem im Städtischen Krankenhause Friedrichshain in Berlin ausgebildet, wo im Jahre 2 Schülerinnenkurse

abgehalten werden. Die Satzungen geben über die Aufnahme und Ausbildung der Pflegerinnen, sowie über deren Thätigkeit folgende Vorschriften.

Aufnahme und Ausbildung der Pflegerinnen.

§ 12. Die Anmeldung zur Aufnahme als Probepflegerin geschieht, wenn möglich, durch persönliche Vorstellung, sonst schriftlich, bei der Vorsteherin.

§ 13. Bedingungen der Aufnahme sind: a) ein Alter von 25—40 Jahren — von dieser Bestimmung sind Ausnahmen zulässig; b) ein befriedigendes ärztliches Zeugniss über den Gesundheitsstand der Kandidatin; c) eine ausreichende Bildung. — Ausser dem ärztlichen Gesundheitszeugnisse sind bei der Anmeldung einzureichen: a) ein von der Kandidatin selbstverfasster und selbstgeschriebener Lebenslauf, b) Empfehlungen bekannter Personen oder in Ermangelung dieser ein Führungsattest von einem Geistlichen oder der Ortsbehörde, c) ein Taufschein oder Geburtszeugniss, d) ein Revaccinationsattest.

§ 14. Die Kandidatin bleibt zunächst einen Monat auf Probe in der Anstalt und wird daselbst oder in einem Hospitale mit der Art ihrer künftigen Beschäftigung bekannt gemacht.

§ 15. Ist sie nach Ablauf dieses Monats geeignet zur Erlernung der Krankenpflege befunden worden, so erhält sie die weitere Ausbildung in einem Hospital. Diese Ausbildung dauert ein Jahr, während dessen die Probepflegerin in der Regel in dem Hospitale wohnt.

§ 16. Beim Eintritt in den Unterricht verpflichtet sie sich durch Unterzeichnung einer Erklärung, nach Ablauf ihres Ausbildungsjahres zwei Jahre als Krankenpflegerin des Viktoriahauses thätig zu sein und den für die Pflegerinnen dieser Anstalt geltenden Bestimmungen Eolge zu leisten.

§ 17. Zur Sicherung dieser Verbindlichkeit ist eine Kaution im Betrage von 300 M. zu stellen. Hiervon sind 60 M. sofort beim Antritt des Probemonats zu zahlen, auf deren Wiedererstattung die Kandidatin keinen Anspruch hat, wenn sie nach Ablauf dieses Monats ausscheidet. Der Rest der Kaution ist nach Ablauf des Probemonats zu zahlen.

Die gesammte Kaution bleibt Eigenthum der Pflegerin, wenn dieselbe das Ausbildungsjahr und die beiden Dienstjahre als Pflegerin des Viktoriahauses vollendet, und ist derselben nach Ablauf dieser 3 Jahre zurückzuerstatten. Die Kaution verfällt, wenn die Pflegerin während dieser drei Jahre freiwillig ausscheidet oder ihre Ausschliessung nothwendig macht (§ 22). Die Gestellung einer Kaution wird auf Antrag in geeigneten Fällen erlassen.

§ 18. Während des Ausbildungsjahres erhält die Pflegerin freie Wohnung und Beköstigung.

Allgemeine Bestimmungen für die Pflegerinnen und ihre Thätigkeit.

§ 10. Nach Beendigung der Ausbildung tritt die Probepflegerin als Krankenpflegerin in den Dienst des Viktoriahauses. Sie erhält nunmehr neben freier Wohnung und Beköstigung in dem Hause und freier Dienstkleidung, die sie während ihrer dienstlichen Thätigkeit zu tragen gehalten ist, ein Gehalt von 300 M. jährlich, welches sich nach einem Jahre auf 400 M. und bei guten Leistungen später bis 600 M. erhöht. Die Pflegerinnen dürfen für sich keine Belohnung annehmen, ihnen etwa gewährte Geschenke haben sie der Anstalt abzuliefern.

§ 20. Die Vorsteherin des Hauses ist die Vorgesetzte der Pflegerin. Sie hat für die weitere technische Ausbildung und Vervollkommnung der Pflegerin Sorge zu tragen. Sie vertheilt die Pflegerinnen in der Krankenpflegearbeit, führt sie in dieselbe ein und beaufsichtigt sie darin. Sie ist dem Komité verantwortlich.

§ 21. Jede Pflegerin, soll, wenn irgend möglich, jährlich einen Urlaub, in der Regel von vier Wochen erhalten.

§ 22. Vor Ablauf der 3 Jahre kann das Komité die Entlassung einer Pflegerin wegen grober Pflichtverletzung, Unverträglichkeit oder unehrenhaften Benehmens beschliessen. Eine solche Entlassung wird, falls nicht eine unzweifelhaft schwere Verschuldung vorliegt, nur dann beschlossen werden, wenn wiederholte Ermahnungen erfolglos geblieben sind. Eine entlassene Pflegerin verliert jeden Anspruch an die Anstalt.

§ 23. Zwingende persönliche Verhältnisse, welche einer Pflegerin den Austritt wünschenswerth machen, werden von dem Komité thunlichst Berücksichtigung erfahren. — Auch kann in solchen Fällen die verfallene Kaution oder ein Theil derselben zurückerstattet werden.

§ 24. Nach Ablauf der 3 Jahre kann der Austritt und die Entlassung ohne Angabe von Gründen, nach einmonatlicher Kündigung erfolgen.

§ 25. Für jede Pflegerin wird ein Sparbuch angelegt werden, welches nach ihrer eigenen Verfügung verwaltet wird.

§ 26. Im Erkrankungsfalle hat jede im Dienst der Anstalt stehende Pflegerin Anspruch auf freie Verpflegung und ärztliche Behandlung in dem Hause oder in einem Hospitale.

§ 27. Das Komité wird bemüht sein, eine Pflegerin, die wegen dauernder Kränklichkeit entlassen werden muss, geeigneten Falls nach Kräften zu unterstützen. Sobald indess die Mittel der Anstalt es gestatten werden, soll zur Einrichtung einer Invaliditäts- und Altersversorgung geschritten werden, worüber nähere Bestimmungen vorbehalten bleiben."

Der Betrieb der Hauses während des Jahres 1896 war folgender: Es beherbergte bis 27 Schülerinnen und bis 18 Privatpflegerinnen, ausserdem, wie im Vorjahre, 2 Armenpflegerinnen, 2 Hausschwestern und die Oberin, also einschliesslich 10 Dienstboten, bis 60 Personen. Die Zahl der im Hause täglich beköstigten Schwestern und Dienstboten betrug im Jahresdurchschnitt 94, sie sank im Hochsommer bis auf 83 und stieg im Oktober und November auf 106. — In der Vertheilung der Schwestern auf den verschiedenen Arbeitsfeldern des Vereins trat eine wesentliche Veränderung dadurch ein, dass er im April im Krankenhause am Urban die Infektions-Station für Frauen und Kinder übernahm und mit 8 Schwestern besetzte. Hiermit stieg die Zahl der in städtischen Krankenanstalten etatsmässig angestellten Schwestern von 122 im Vorjahre auf 130 und belief sich am Jahresschluss, mit Einrechnung von 3 kranken und 9 beurlaubten Schwestern, auf 142. — Die Pflegerinnen waren in der Privatpflege an 3587 Tagen, gegen 4142 im Vorjahre, in Thätigkeit und hatten 369 Ruhetage, es wurden also 3956 Tage, gegen 4588 im Vorjahre, der Privatpflege gewidmet. Gepflegt wurden 120 Kranke, gegen 150 im Vorjahre, davon 3 unentgeltlich und 8 zu einem ermässigten Satze. Die Einnahme betrug 14132 M., 3730 M weniger als im Vorjahre; von dankbaren Patienten wurden 292 M. der Erholungskasse überwiesen. — Die Zahl der Schwestern stieg im Laufe des Jahres von 212 auf 222. Es traten 48 Probepflegerinnen ein, davon schieden 8 nach kurzer Zeit aus, 2 auf ihren Wunsch, 6 als zur Ausübung der Krankenpflege nicht geeignet. Von den im Vorjahre aufgenommenen Probepflegerinnen verliessen den Verein ebenfalls 8, davon 6 aus Familien- oder Gesundheitsrücksichten, 2 wegen Mangels an Befähigung. Im Ganzen sind also 16 Probepflegerinnen ausgeschieden. Aus der Reihe der angestellten Schwestern schieden 21 aus, 1 wurden vom Vorstande entlassen, 2 kehrten in ihre Familie zurück, 3 verheiratheten sich, 4 nahmen selbständige Stellungen an, 5 widmeten sich der Privatpflege und 6 traten in eine andere Anstalt ein. Von den 181 am Jahresschlusse definitiv angestellten Schwestern gehören 86 über die vertrags-

mässige Dienstzeit dem Viktoriahause an; 62 Schwestern sind länger als 5 Jahre und 16 Schwestern länger als 10 Jahre in Thätigkeit. — An den beiden Schülerinnen-Kursen im Krankenhause am Friedrichshain nahmen 40 Probepflegerinnen theil, sie alle bestanden die Prüfung, die grosse Mehrzahl mit guten Prädikaten. — Erholungsurlaub ist den Schwestern wiederum reichlich zu Theil geworden. Den regelmässigen vierwöchentlichen Urlaub erhielten 148, einen 5 bis 8 wöchentlichen Urlaub 11, einen dreimonatlichen 6 und einen sechsmonatlichen 2 Schwestern; es waren also im Ganzen 167 Schwestern beurlaubt. Im dem durch die Gnade Ihrer Majestät der Kaiserin Friedrich geschaffenen Schwesternheim in Bornstedt brachten 11 Schwestern ihren Urlaub zu und 27 Schwestern verlebten ihn ganz oder zum Theil, mit zusammen 253 Tagen, im Viktoriahause. — Der Pensions- und Unterstützungsfond, der am Schlusse des Jahres 1895: 80643 M. betragen hatte, ist durch Zinsen, verfallene Kautionen und ein Geschenk auf 86490 M. angewachsen. Betriebsrechnung für 1896: Einnahmen: 172455 M. (Betriebsfond, Vortrag aus 1895: 29894, Zinsen 627, Jahresbeiträge der Mitglieder 3930, Gehaltskonto 72898, Haushaltungskosten 50972, Privatpflege 14132 M.) Ausgaben: 141041 M. (Haushaltungskonto 51126, Kleidung 3551, Gehaltskonto 72912, Weihnachtsgeschenke 5463, Porto, Papier, Drucksachen etc. 418, diverse Ausgaben 1277, Altersversicherungs-Zuschuss 5039, gesetzliche Beiträge zur Invaliditäts-Versicherung 1251 M.) Vortrag auf 1897: 31414 M. — Pensions- und Unterstützungsfonds am 31. Dezember 1896: 86490 M. Erholungskasse zu demselben Termin: 1653 M.

### β) Der Frauenlazarethverein in Berlin.

Der Verein wurde im Jahre 1866 durch die Königin Augusta in Berlin gegründet. Durch Kabinetsordre vom 10. Dezember 1869 erhielt er Korporationsrechte. Nach dem revidirten Statut von 1882 hat er folgende Aufgaben:

a) im Kriege: die Militairverwaltung in der Pflege verwundeter und erkrankter Krieger durch eine geordnete Privathilfe zu unterstützen;

b) im Frieden: durch Ausbildung freiwilliger und bezahlter Krankenpflegerinnen; — durch die Fürsorge für Lazarethe im Allgemeinen und im Speciellen, durch Sammlung von Erfahrungen und Nachrichten über Verbesserungen auf dem Gebiete der Lazareth-Einrichtung und Lazareth-Verwaltung; — durch Bereithaltung von Geldmitteln, — überhaupt auf jede Weise sich auf die Thätigkeit vorzubereiten, die der Kriegsfall nothwendig macht.

Insbesondere unterliegt dem Verein die Verwaltung des am 6. April 1870 eröffneten, für Kranke aller Konfessionen und Stände bestimmten Augusta-Hospitals, sowie des am 1. Juni 1873 fertig gestellten Asyls für Krankenpflegerinnen, in welchem Personen weiblichen Geschlechts in dem Krankenwartdienste ausgebildet werden, um nach erfolgter Ausbildung zur Pflege in Familien entsendet zu werden.

In dem Augusta-Hospital wird die Krankenpflege durch einen aus adeligen Damen bestehenden Schwesternverband ausgeübt, dessen Organisation durch besondere, mittelst Allerhöchster Kabinetsordre Ihrer Majestät der Kaiserin-Königin d. d. 5. November 1875 genehmigte Vorschriften, sowie eine durch Allerhöchste Ordre vom 20. November 1875 bestätigte Dienst- und Haus-Ordnung dauernd festgestellt ist. Die Seelsorge in beiden Anstalten ist einem hierzu eigens berufenen, ständig angestellten Hausgeistlichen übertragen, der sein Amt nach den Ordnungen der evangelischen Landeskirche verwaltet, während für die Seelsorge der nicht der evangelischen Landeskirche Angehörigen entsprechende Fürsorge getroffen wird.

Der Verein bleibt im stetem Zusammenhange mit dem internationalen Genfer

und preussischen Verein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger, dessen Abzeichen, das rothe Kreuz in weissem Felde, er führt.

Der Verein hat seinen Sitz in Berlin.

Das Statut für das vom Verein neben dem Augusta-Hospital errichtete Krankenpflegerinnen-Asyl lautet:

„1. Das Asyl dient zur Aufnahme und Ausbildung von Krankenpflegerinnen, welche nach erfolgter Ausbildung von der Asylverwaltung gegen eine entsprechende, der Anstalt zu zahlende Geldvergütigung zur Krankenpflege in Familien oder Hospitäler ausgesandt werden.

Die theoretische Ausbildung der Pflegerinnen erfolgt in einem dreimonatlichen Lehrkursus, welcher wöchentlich zweimal von einem der Aerzte des Augusta-Hospitals abgehalten wird, während die praktische Thätigkeit im Krankenwartdienst durch Verwendung der Pflegerinnen im Augusta-Hospital erlernt wird.

2. Jede in dem Asyl Aufnahme suchende Person muss mindestens das zwanzigste Lebensjahr vollendet haben und hat ihrem Gesuche um Aufnahme, ausser dem Taufschein und einem Schulzeugniss , eine schriftliche Einwilligung der Eltern oder des Vormundes, ein ärztliches Attest und 2 Sittenzeugnisse, das eine von der Ortspolizeibehörde, das andere von dem Ortsgeistlichen ausgestellt und einen selbstgeschriebenen Lebenslauf beizufügen.

Bei dem Eintritt in den Pflegerinnen-Verband muss die Neueintretende mit ausreichender Leibwäsche, dunkeln Strümpfen, Schuhen ohne hohe Hacken und zwei waschbaren einfachen Arbeitskleidern versehen sein.

3. Das Aufnahme-Gesuch ist an das Kuratorium des Frauen-Lazareth-Vereins zu richten, das über die Aufnahme entscheidet.

4. Jede in das Asyl aufgenommene Schülerin hat in der Regel bei ihrem Eintritt in dasselbe die Kosten für ihren Unterhalt auf die Dauer von 3 Monaten mit 150 Mk. einzuzahlen und zwar ohne Anspruch auf Rückerstattung, falls sie vor Ablauf dieser Zeit die Anstalt wieder verlässt. Das Kuratorium ist ermächtigt, von der Einzahlung des vorerwähnten Betrages Abstand zu nehmen, wenn die Schülerin bei ihrem Eintritt in das Asyl die schriftliche Erklärung abgiebt, mindestens zwei Jahre im Asyl zu verbleiben.

5. Nach erlangter dreimonatlicher Ausbildung erhält die Pflegerin neben freier Station und Wäsche einen monatlichen Lohn von 15 Mk. Derselbe erhöht sich nach einer Dienstzeit von 6 Monaten auf 18 Mk., nach 9 Monaten auf 21 Mk., nach 1 Jahr auf 24 Mk., nach $1^1/_2$ Jahren auf 27 Mk. und nach einer 2jährigen Dienstzeit auf 30 Mk.

6. Die Pflegerinnen sind verpflichtet, die vorgeschriebene Kleidung sowohl im Dienst, wie ausserhalb desselben zu tragen. Die Beschaffung dieser Kleidung haben die Pflegerinnen aus eigenen Mitteln zu bestreiten, während ihnen aus Vereinsmitteln die erforderlichen Hauben, Armbinden, Tuch und Hut, sowie jährlich ein Arbeitskleid und 2 Hemden beschafft werden.

7. Den zur Privatpflege von Kranken ausgesandten Pflegerinnen ist es verboten, bei dieser Gelegenheit Geschenke anzunehmen.

8. Der Frau Oberin des Augusta-Hospitals steht die Berechtigung zu, die Pflegerinnen unter Innehaltung einer vierzehntägigen Kündigungsfrist aus dem Pflegerinnen-Asyl zu entlassen.“ —

Die Bedingungen für Aufnahme von Kranken in das Augusta-Hospital sind folgende:

„Das unter dem Protektorat Ihrer Majestät der Kaiserin-Königin stehende Augusta-Hospital ist bestimmt zur Aufnahme von Personen jeden Standes und jeder Konfession, welche an akuten körperlichen Krankheiten leiden. (Sieche und Unheilbare, sowie auch Pocken- und Cholerakranke sind von der Aufnahme ausgeschlossen.)

Die Aufnahme ist in der Regel abhängig von der Beibringung eines ärztlichen Attestes, welches die Natur der Krankheit und die Wahrscheinlichkeit der Heilung derselben nachweist, sowie von der Vorausbezahlung der Kurkosten auf mindestens 2 Monate, welche erforderlichen Falls stets beim Beginne des letzten Monats auf gleiche Zeitdauer erneuert werden muss.

Erfolgt die Aufnahme auf Antrag eines Ortsvorstandes oder einer anderen öffentlichen Behörde, einer Korporation u. s. w., so genügt die Einreichung eines Reverses, inhalts dessen sich die betreffende Behörde als Selbstschuldner verpflichtet, nicht allein die Kur- und Verpflegungskosten dem Augusta-Hospitale zu erstatten, ohne dass dasselbe genöthigt ist, sich zuerst an den Verpflegten oder an andere zur Zahlung verpflichtete Personen zu halten, sondern auch den Kranken sofort zurückzunehmen, wenn derselbe von dem behandelnden Arzt für unheilbar erklärt worden, oder nicht mehr als Gegenstand eines Heilverfahrens zu erachten sein, oder die Hospitalverwaltung aus anderen Gründen seine Entlassung anordnen sollte.

Eine gesetzliche Verpflichtung zur Aufnahme eines Kranken besteht für das Augusta-Hospital nicht, über die Zulässigkeit der Aufnahme entscheidet vielmehr nach seinem Ermessen das Kuratorium des Augusta-Hospitals, welchem auch das Recht jederzeitiger Entlassung eines Kranken zusteht.

Der Kur- und Verpflegungs-Kostensatz beträgt zur Zeit in der I. Kl. 9 Mk., in der II. Kl. 6 Mk., in der III. Kl. 2 Mk. pro Tag und Kopf, wofür neben vollständiger Verpflegung ärztliche Behandlung, Arznei und erforderlichen Falles auch Anstaltskleidung gewährt wird. Bei Berechnung der Kosten wird sowohl der Tag der Aufnahme, als der Tag der Entlassung für voll gerechnet.

Kranke, welche in das Augusta-Hospital sich aufnehmen lassen, unterwerfen sich damit der für dasselbe bestehenden Hausordnung und sind verpflichtet, den im Interesse dieser Hausordnung vom Vorstande oder dessen Organen zu erlassenden Anordnungen sich zu fügen. Verstösse hiergegen können die sofortige Entlassung zur Folge haben."

Aus dem Rechenschaftsbericht des Vorstandes über die Vereinsthätigkeit im Jahre 1894 geht folgendes hervor:

Im Hospital waren ausser der Oberin 19 eingesegnete Schwestern thätig, die im Pflegerinnenheim wohnten, ausserdem waren in der Charité 10 Pflegerinnen stationirt, ferner auf auswärtigen Stationen 5 Pflegerinnen in der Kinderheilstätte in Wyk auf Föhr, 1 Pflegerin im Augustastift in Charlottenburg und 1 Pflegerin in dem Privatkrankenhause des Dr. Hans Schmidt in Stettin. Demnach waren im Ganzen 37 Schwestern und Pflegerinnen thätig.

Durch den leitenden Chirurg des Augusta-Hospitals wurden im Jahre zweimal, nämlich je 3 Monate, vom Januar bis März und vom Oktober bis Dezember, Unterrichtskurse in der Krankenpflege abgehalten, woran sich ausser den Schwestern und Pflegerinnen eine Anzahl Damen höherer Stände betheiligte. — Die Gesammtausgaben des Vereins beliefen sich für das Jahr 1894 auf 170287 Mk., denen eine Einnahme von 183680,29 Mk. gegenüber stand. Das Kapitalvermögen des Vereins belief sich auf 584000 Mk.

### γ) Der Krankenpflegeverein für Schönebeck und Umgegend.

Der Verein wurde im Frühjahr 1881 in Schönebeck, Kreis Kalbe, gegründet mit dem Zwecke: 1. hilfsbedürftigen Kranken eine geeignete Pflege und die Mittel zu einer erfolgreichen Behandlung zu gewähren, 2. Krankenpflegerinnen für den Bezirk seiner Wirksamkeit auszubilden. Der Verein übt die Krankenpflege um ihrer selbst willen, vom rein humanen Standpunkte aus. Er ist interkonfessionell und

achtet jede religiöse Ueberzeugung bei den Pflegerinnen wie bei den Kranken. Das Vereinsabzeichen ist das rothe Kreuz im weissen Felde. Die vom Verein ausgebildeten Krankenpflegerinnen tragen das Vereinsabzeichen und den Namen „Schwestern vom Rothen Kreuz". Im Falle eines Krieges stellt der Verein Krankenanstalt wie Pflegepersonal, soweit irgend thunlich für die Pflege kranker und verwundeter Krieger zur Verfügung.

Durch Vertrag mit den städtischen Behörden vom 21. April 1884 hat der Verein die gesammte innere Verwaltung des städtischen Krankenhauses in Schönebeck und zwar sowohl die Führung des gesammten Haushaltes, als auch die Abwartung und Pflege sämmtlicher Kranken übernommen. — In Bezug auf die Aufnahme und auf auf das Verhalten der Krankenpflegerinnen sind folgende Bestimmungen erlassen:

Pflegerinnen-Ordnung vom Oktober 1884.

§ 1. Frauen und Jungfrauen, welche gesonnen sind, die Krankenpflege als Lebensberuf zu wählen, treten in den Dienst des Vereins zunächst als Lehrpflegerin ein. Nach Vollendung der Lehrzeit werden sie zu Vereinspflegerinnen ernannt und in die Pflegerinnengenossenschaft aufgenommen.

§ 2. Wer in die Anstalt als Lehrpflegerin einzutreten wünscht, hat die körperliche und geistige Befähigung zum Berufe einer Krankenpflegerin nachzuweisen:

Bei der Anmeldung, welche sowohl die Oberin, als auch jedes Vereinsmitglied entgegennimmt, sind einzureichen:

1. ein Geburtsschein — als Regel gilt, dass das Lebensalter zwischen 20 und 40 Jahren betragen soll;
2. ein ärztliches Gesundheitszeugniss — demselben ist über eine etwaige, während der letzten 5 Jahre vorgenommene Wiederimpfung eine Bescheinigung beizufügen;
3. ein Sittenzeugniss, welches durch die Heimathsbehörde, den Ortsgeistlichen oder nach Umständen auch durch andere dem Vorstande des Vereins als zuverlässig bekannte Personen ausgestellt ist;
4. eine selbstverfasste und selbstgeschriebene Schilderung des eigenen Lebenslaufes mit Angabe der Gründe, welche zu der Wahl des Pflegerinnenberufes geführt haben. Es muss aus dem Schriftstücke klar hervorgehoben, dass der Vorsatz, sich der Krankenpflege zu widmen, aus freier Wahl und dem eigenen Wunsche der Angemeldeten entsprungen ist;
5. eine Bescheinigung über die Einwilligung der Eltern oder des Vormundes, das letztere jedoch nur, falls die Angemeldete noch minderjährig ist.

Der Vorstand des Vereins ist berechtigt, weitere Zeugnisse und Nachweise über Gesundheit, Schulbildung, Befähigung und Charakter der Angemeldeten zu verlangen.

§ 3. Auf das Religionsbekenntniss wird bei der Aufnahme keine Rücksicht genommen, doch bestimmt erwartet, dass alle im Dienste oder unter dem Schutze des Vereins stehenden Personen jede religiöse Ueberzeugung achten, und dass sie niemals versuchen werden, ihre eigenen Ansichten andern aufzudrängen.

§ 4. Bei dem Eintritte in die Anstalt werden den Lehrpflegerinnen sämmtliche Vorschriften und Bestimmungen mitgetheilt, welche auf ihre Stellung und ihre Obliegenheiten Bezug haben. Sie haben sich mit dem Inhalte derselben genau bekannt zu machen und haben dann die schriftliche Versicherung abzugeben, dass sie diese Bestimmungen gelesen und verstanden haben, sowie dass sie bereit sind, sich denselben zu unterwerfen. Sie werden dann von einem Vorstandsmitgliede durch Handschlag auf die Pflegerinnenordnung, die allgemeinen Vorschriften für das Verhalten der Pflegerinnen und die Dienstordnung verpflichtet.

§ 5. Die Lehrzeit für die Lehrpflegerinnen beträgt in der Regel ein Jahr. Während dieser Zeit erhalten sie in der Anstalt freie Wohnung, Kost und Dienstkleidung, sowie nach Ablauf des 1. Vierteljahres ein monatliches Taschengeld von 5 Mark, in je 3 Monaten um 5 Mk. steigend bis zu 15 Mk. monatlich.

§ 6. Das 1. Vierteljahr gilt als Probezeit; während derselben steht es beiden Theilen frei, das Verhältniss jeder Zeit wieder zu lösen. Auch später ist eine Lösung des Lehrverhältnisses für beide Theile möglich, doch muss dasselbe dann 4 Wochen vorher gekündigt werden.

§ 7. Der Verein übernimmt die Sorge für die theoretische und praktische Ausbildung der Lehrpflegerin. Der praktische Unterricht erstreckt sich zunächst auf das Erlernen der verschiedenen Hilfeleistungen des Krankenpflegedienstes, sodann aber auch auf die Uebung solcher wirthschaftlichen Verrichtungen, welche beim Dienste in Krankenhäusern, in der Privatpflege, in Lazarethen und auf dem Kriegsschauplatze erforderlich werden. Der Verein wird jedoch Sorge tragen, dass die Pflegerinnen in ihrer Berufsthätigkeit nicht etwa als Ersatz von Dienstboten verwendet werden.

Der theoretische Unterricht soll zunächst die allgemeine Kenntniss der wichtigsten Thatsachen aus der Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers sowie aus der Krankheitslehre und der Gesundheitspflege bezwecken, sodann aber auch die Pflegerin in den Stand setzen, die Bedeutung der wichtigeren Krankheitserscheinungen richtig zu erkennen und dem Arzte über Veränderungen des Krankheitsbildes mündlich und schriftlich Bericht zu erstatten.

§ 8. Nach beendeter Lehrzeit hat sich die Pflegerin einer Prüfung zu unterziehen. Ueber die Zulassung zur Prüfung entscheidet der Vereinsarzt. Dieselbe wird abgenommen durch eine Prüfungskommission, welche zusammengesetzt ist aus dem Vereinsarzte als Examinator und 2 vom Vorstande zu ernennenden Beisitzern.

§ 9. Nach bestandener Prüfung haben die Pflegerinnen vor dem Vorstande ihr Gelöbniss, die Pflegerinnenordnung, die allgemeinen Vorschriften für das Verhalten der Pflegerinnen und die Dienstordnung befolgen zu wollen, zu erneuern. Sie erhalten dann ein vom Vorstande ausgefertigtes Befähigungszeugniss sowie den Namen und das Abzeichen der Vereinspflegerinnen.

§ 10. Die Vereinspflegerinnen bilden eine Genossenschaft mit gemeinschaftlicher Unterstützungskasse für Krankheitsfall und Altersversorgung.

§ 11. In die Unterstützungskasse fliessen Geschenke, die regelmässigen Beiträge der Vereinspflegerinnen und 10 pCt. der aus der Privatpflege erzielten Einnahmen. Sollte dieser letzte Beitrag die Hälfte des von den Pflegerinnen gezahlten Beitrages nicht erreichen, so ist derselbe aus der Vereinskasse bis auf jene Höhe zu ergänzen. Die Verwaltung der Unterstützungskasse ist durch ein besonderes Statut geregelt.

§ 12. Die Vereinspflegerinnen erhalten freie Wohnung, Kost und Dienstkleidung. Für Unterkleidung und Schuhwerk haben sie selbst zu sorgen. Ihre Gehaltsbezüge richten sich nach dem Dienstalter und werden, weitere Regelung vorbehalten, vorläufig in folgender Weise festgesetzt: für die ersten fünf Jahre jährlich 300 Mk., für die weiteren fünf Jahre jährlich 400 Mk., nach 10jähriger Dienstzeit jährlich 500 Mk. Von diesen Gehalten werden 80 pCt. an die Pflegerin selbst, 20 pCt. jedoch für dieselbe an die Unterstützungskasse gezahlt. Die Auszahlung des Gehaltes erfolgt in Vierteljahrsrathen postnumerando.

§ 13. Die Dienstkleidung wird nur in der Ausübung des Krankendienstes getragen; auf ausserdienstlichen Reisen, in Gesellschaften und bei ähnlichen Gelegenheiten ist sie abzulegen.

§ 14. Die Gelder, welche für die Dienste der Pflegerinnen in der Privatpflege entrichtet werden, fliessen in die Kasse des Vereins. Es ist den Pflegerinnen streng verboten, eine Belohnung für geleistete Pflegedienste in Form von Geld oder Geldeswerth habenden Geschenken für sich selbst anzunehmen. Sie haben derartige Geschenke sofort der Oberin abzuliefern und fliessen dieselben oder deren Erlöss in die Unterstützungskasse der Pflegerinnen.

§ 15. Im Erkrankungsfalle hat jede im Dienste des Vereins stehende Pflegerin Anspruch auf freie Verpflegung in der Anstalt des Vereines. Auch für eine auswärts erkrankte Pflegerin übernimmt der Verein die Kosten der Verpflegung und Behandlung.

§ 16. Wenn es die Verhältnisse irgend gestatten, wird jeder Pflegerin jährlich ein dreiwöchentlicher Urlaub gewährt.

§ 17. Zum Zwecke der Pflege erkrankter Eltern und Geschwister kann der Pflegerin ein Urlaub ohne Gehalt gewährt werden, sofern ein ärztliches Zeugniss das Bedürfniss geschulter Krankenpflege nachweist. Doch soll ein solcher Urlaub ohne weiter geführten Nachweis höchstens auf 3 Monate gewährt werden. Während des Urlaubes ist die Pflegerin gehalten, bei Verlust ihrer Ansprüche an die Unterstützungskasse, die Beiträge zu derselben regelmässig weiter zu bezahlen. Es sind in solchem Falle Vorschüsse aus der Vereinskasse an die Pflegerin zulässig.

Urlaubszeiten ohne Gehalt, welche über ein Vierteljahr dauern, werden bei Berechnung des Dienstalters abgerechnet. Pflegerinnen, welche ohne Gehalt beurlaubt sind, haben einen monatlichen Bericht über ihr Befinden und ihre Thätigkeit einzureichen.

Dieselben dürfen Abzeichen und Dienstkleidung nach Maassgabe des § 13 weiter tragen, haben jedoch bei Abwesenheit von länger als einem Vierteljahr für die letztere selbst zu sorgen.

§ 18. Die Pflegerinnen sollen ein dem Charakter einer Familie möglichst entsprechendes Gemeinschaftsleben führen. Sie werden mit dem Titel „Schwester" und dem Vor- und Vatersnamen angeredet.

§ 19. Die nächste Vorgesetzte der Pflegerin ist die Oberin, welche vom Vorstande ernannt wird. Ueber der Oberin steht der Vereinsarzt.

Die Pflegerin ist ihren Vorgesetzten unbedingten Gehorsam schuldig. — Selbstverständlich nehmen sowohl die einzelnen Vorstandsmitglieder als der Gesammtvorstand den Pflegerinnen gegenüber die Stellung von Vorgesetzten ein.

§ 20. Als Disciplinarstrafen wegen Unordnung, Unfolgsamkeit oder Uebertretung der Dienstvorschriften gelten Ermahnungen und Verweise, welche verschärft werden können durch die Gegenwart des Vorstandes oder der Pflegerinnen. Sollten derartige Verweise nicht fruchten, so kann die Entlassung der betreffenden Pflegerin nach Maassgabe der §§ 22 und 23 erfolgen.

§ 21. Die Vereinspflegerinnen können ihr Verhältniss zum Vereine jederzeit lösen unter Einhaltung einer dreimonatlichen Kündigungsfrist. Die Kündigung kann nur am 1. Januar, am 1. April, am 1. Juli und am 1. October stattfinden. Mit dem Austritte aus den Diensten des Vereines scheidet die Pflegerin auch aus der Pflegerinnengenossenschaft aus und entäussert sich jeden Anspruches auf die Unterstützungskasse. Erfolgt der Austritt der Pflegerin innerhalb des 1. Jahres nach bestandener Prüfung, so ist dieselbe gehalten, zuvor einen vollen Jahresbeitrag (60 Mk.) in die Unterstützungskasse zu zahlen.

§ 22. Der Verein kann eine Vereinspflegerin nur dann entlassen, wenn sie durch wiederholte Uebertretungen der bestehenden Vorschriften in grober Weise ihre Pflicht verletzt oder wenn sie durch unehrenhaftes Benehmen oder anstössigen Lebenswandel

die Achtung in der Genossenschaft eingebüsst hat. — Falls nicht eine unzweifelhaft schwere Verschuldung vorliegt, wird die Entlassung nur dann verfügt werden, wenn Ermahnungen und Verweise (§ 20) sich als fruchtlos erwiesen haben.

§ 23. Entlassene Pflegerinnen verlieren alle Ansprüche an den Verein und an die Unterstützungskasse. Grund, Form und Zeit der Entlassung werden auf dem Befähigungszeugnisse der Entlassenen eingetragen. Beim Austritte aus dem Dienste des Vereines sind die Abzeichen und die Dienstkleidung abzuliefern.

§ 24. Der Verein behält sich das Recht vor, sowohl nach bestandener Prüfung und erfolgter Anstellung, als auch bei Entlassung von Pflegerinnen die Namen derselben bekannt zu machen.

§ 25. Sollte der Verein gezwungen sein, sich aufzulösen, so ist dadurch auch das Verhältniss der Pflegerinnen zu dem Vereine gelöst. Alle gegenseitigen Verpflichtungen erlöschen in diesem Falle selbstverständlich.

In einem solchen Falle würde die Unterstützungskasse ihrer Bestimmung gemäss zu Gunsten der Vereinspflegerinnen bestehen bleiben; andere Ansprüche an den Verein haben die letzteren nicht.

§ 26. Pflegerinnen befreundeter Vereine, welche nach Uebereinkommen mit den letzteren vorübergehend in die Dienste des Vereins treten, werden bei ihrem Dienstantritt durch ein Mitglied des Vorstandes auf den § 19 dieser Pflegerinnenordnung, sowie auf die allgemeinen Vorschriften und die Dienstordnung verpflichtet. Sie tragen die Abzeichen ihres Vereins.

§ 27. Abänderungen der Pflegerinnenordnung müssen vom Gesammtvorstande des Vereins beschlossen und von der Generalversammlung durch drei Viertel der Erschienenen genehmigt werden.

## Allgemeine Vorschriften für das Verhalten der Pflegerinnen.

§ 1. Das Verhalten der Pflegerinnen muss in und ausser dem Hause ein derartiges sein, wie es dem Zusammenleben erwachsener Familienmitglieder entspricht, welche, einmüthigen Sinnes die Ehre ihrer Familie hochhaltend, die Aufgaben ihres Berufes in gemeinsamer Arbeit zu fördern und sich darbietende Freuden in gemeinsamem Genusse zu erhöhen suchen. Die freiwillige Unterordnung des eigenen Willens und persönlicher Ansichten zum Besten der hohen Aufgabe des Vereins wird zur Erreichung des gemeinsamen Zieles oft unbedingt nothwendig werden.

Nur bei gewissenhafter Befolgung aller den Pflegerinnen in die Hand gegebenen Vorschriften ist eines Theils eine Vermeidung von Konflikten in und ausser dem Hause, anderen Theils aber die Erfüllung der Aufgaben, welche sich der Verein gestellt, möglich, und hiermit auch das materielle Wohlergehen der Pflegerinnen selbst gesichert.

§ 2. Die Pflegerinnen sind nach § 19 der Pflegerinnenordnung der Oberin unbedingten Gehorsam schuldig, doch wird gewünscht und erwartet, dass zwischen den Pflegerinnen und der Oberin mehr das Verhältniss von Familienmitgliedern besteht und die Oberin die mütterliche Vertraute der einzelnen Pflegerinnen sei.

§ 3. Die Oberin vermittelt Beschwerden der Pflegerinnen an den Vereinsarzt bezw. den Vorstand: betreffen solche die Person der Oberin selbst, so können sie dem Vereinsarzte direkt vorgetragen werden.

§ 4. Ohne Vorwissen der Oberin darf keine Pflegerin das Haus verlassen. Kürzere Urlaube ertheilt ihnen die Oberin, längere der Vereinsarzt bezw. der Vorstand.

§ 5. Sowohl in als ausser dem Vereinskrankenhause ist der jedesmalig behandelnde Arzt die alleinige Autorität: seine Anordnungen sind stets auf das Pünktlichste und Sorgfältigste zu befolgen und hat die Pflegerin die Verpflichtung, wenn dieselben

nicht vollständig verstanden wurden, solches durch direkte Fragen an den Arzt zu lösen. Abweichungen von den vom Arzte getroffenen Verordnungen sowie selbstständiges Eingreifen sind der Pflegerin nur in den dringendsten Nothfällen ausserhalb des Krankenhauses erlaubt, und ist sie verpflichtet, von solchem Verfahren dem Arzte möglichst bald Kenntniss zu geben. Im Krankenhause steht unter dem gleichen Vorbehalt in solchem Falle der Oberin die Entscheidung zu,

§ 6. Die Pflegerin soll sich bestreben, Alles, was sie thut, schnell und gründlich, dabei aber still und geräuschlos zu verrichten. Gegen die Kranken soll sie geduldig und aufmerksam sein, ohne ihnen gerade jede Laune zu befriedigen. Eigene kleine Leiden und Verdriesslichkeiten soll man ihr nicht anmerken, sie soll sich vielmehr in der Selbstbeherrschung üben und jederzeit ein freundliches Gesicht zeigen. Im Verkehr mit den Kranken ist ihr Heiterkeit zu empfehlen, doch muss sie sich vor Ausgelassenheit hüten. Ueber alle Vorgänge im Hause sowie über alles, was in der Ausübung des Berufes zu ihrer Kenntniss kommt, hat die Pflegerin jedem Unberufenen gegenüber strengste Verschwiegenheit zu beobachten."

δ) Der Verein zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen in Bremen.

Derselbe verfügte am Anfang des Jahres 1897 über 43 geprüfte Schwestern, 3 Lehrschwestern und 2 Probeschwestern, die zum Theil im Vereinskrankenhause oder in anderen Krankenhäusern, zum Theil in der Privatpflege thätig waren. Das Kapital der Schwesternkasse belief sich auf 105 967 M. Im Jahre 1896 wurden eingenommen 77 445 M. und ausgegeben 64 656 M.

### c. Die Krankenpflege am Ende des XIX. Jahrhunderts.

Das XIX. Jahrhundert zeigt uns, wie das deutsche Volk nach einer langen Zeitenfolge des allgemeinen Niederganges nicht nur sich wiederfindet in politischer und volkswirthschaftlicher Sammlung und Kraft, sondern dass es auch von neuem erstarkt in seinem sittlichen Vermögen, indem es die Werke der Barmherzigkeit in ausserordentlich reger Weise übt. Die hohe Entwicklung des Gedankens der Menschenfreundlichkeit und Nächstenliebe, die zuvor in gleicher, die breitesten Volksschichten durchdringender Weise nicht beobachtet werden kann, prägt sich insbesondere aus in der Bildung von überaus zahlreichen freiwilligen Organisationen für die Armen- und Krankenpflege.

Angesichts der socialen und sittlichen Noth, die als eine mittelbare und unmittelbare Folge der Kapitalansammlung in den Händen Weniger und des Anwachsens der grossen Industriecentren angesehen werden muss, stellt sich uns jene Ausbildung der Kranken- und Armenfürsorge dar als eine Reaktion der edelsten Volkskräfte gegen wirthschaftlichen und sittlichen Verfall. Es erinnern uns diese Bestrebungen am Ende des XIX. Jahrhunderts an die Charitas der ersten christlichen Kirche, die Jahrhunderte lang das beste Heilmittel gegen das grosse Elend der römischen Kaiserzeit war.

Ueberblicken wir die einzelnen Abschnitte in der Entwicklung der Krankenpflege dieses Jahrhunderts, so leuchtet uns der hochherzige Sinn

entgegen, mit dem die deutschen Fürsten, an ihrer Spitze die Hohenzollern auf dem Kaiserthron, die Werke der Nächstenliebe gefördert und in der socialen Gesetzgebung verwirklicht haben, zugleich auch das anfeuernde Beispiel, mit dem sie die Wohlthätigkeit selbst geübt haben. Wir sehen, wie in den meisten Bundesstaaten, am schönsten in Preussen, Baden und Sachsen-Weimar der Fürst mit den höchsten Staatsdienern wetteifert, Theil zu nehmen an den Organisationen der freien Liebesthätigkeit, nicht allein auf dem Gebiete der Kriegskrankenpflege, sondern auch auf dem der gesammten Fürsorge für Arme, Kranke und Bedürftige jeder Art. Wir erkennen, wie die Staatsbehörden sich immer inniger mit den freiwilligen Behörden der Wohlthätigkeit verbinden.

Wir kommen zu der Ueberzeugung, dass die deutschen Fürsten einen grossen Antheil an der hohen Entwicklung der Charitas oder, modern gesagt, Humanität des XIX. Jahrhunderts haben, dass sie es waren, die die kräftigste Anregung zur werkthätigen Nächstenliebe und somit auch zur Entwicklung der Krankenpflege gaben.

Bei dem allgemeinen Eifer um die Kranken musste es sehr bald klar werden, dass die Krankenpflege an sich nur sehr wenig ausgebildet war. Zunächst musste sich der Mangel an guten Krankenanstalten fühlbar machen, dann musste die ungenügende Vorbereitung und Befähigung des Pflegepersonals offenbar werden und schliesslich konnte es nicht mehr verborgen bleiben, dass es an gutem Unterricht in der Krankenpflege und an genügender Würdigung und Berücksichtigung der Krankenpflege als Wissenschaft vollkommen fehlte.

Auf welche Weise diese Mängel zu Tage traten und durch welche Anstalten, Einrichtungen und Bestrebungen eine hinreichende Abhülfe angebahnt und erreicht wurde und noch versucht wird, werden die nachfolgenden Kapitel dieses Handbuches in erschöpfender Weise darthun. Es genügt hier nur kurz darauf hinzuweisen, dass mit den katholischen und evangelischen Krankenpflegegenossenschaften überall brauchbare, zum Theil vortrefflich eingerichtete Anstalten der Krankenfürsorge entstanden. Später veranlassten die Vereine vom Rothen Kreuz die Gründung von Krankenpflegeinstituten, die auch den strengsten Anforderungen der ärztlichen Wissenschaft Genüge leisten.

Die Medicin war inzwischen zu einer aussergewöhnlich hohen Entwicklung aller Einzelfächer durch die Fortschritte auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Forschung gelangt, im Besonderen war die Gesundheitslehre einer ausgezeichneten Behandlung und Förderung theilhaftig geworden, die Grundsätze der Hygiene waren mit grossem Fleisse und Erfolg erforscht und verbessert worden.

Diesem hohen Stand der Medicin entsprachen die Institute, die der Staat zu Lehrzwecken einrichten musste, in erster Linie die Staatskliniken, verbunden mit den ausgezeichnetsten Veranstaltungen für die Krankenpflege jeder Art.

Die gesetzliche Ueberweisung der Fürsorge für die Armen und die an Körper und Geist Gebrechlichen an die grossen Kommunalverbände

schuf eine Reihe der prächtigsten Bauten, die als Anstalten für Irre, Idioten und Epileptische, Taubstumme, Blinde und für den Unterricht in der Hebammenkunst Verwendung finden.

Die sociale Gesetzgebung verlangte in der Krankenversicherung unabweisbar den Bau von Krankenhäusern grösseren und kleineren Umfanges. Die Unfalls- und Invaliditätsversicherungsgesetze ermöglichten Anstalten für die Nachbehandlung Verletzter, für die Verpflegung Genesender und für die specielle Behandlung von lungenkranken Invaliden.

Auch sonst entstanden im Anschluss hieran nicht nur überall Heilstätten, die der herrschenden Ansicht über die Behandlung bei Lungenschwindsucht entsprachen, sondern auch Sanatorien der verschiedensten Art.

Die Fürsorge für Mutter und Kind veranlasste die Gründung von Wöchnerinnenasylen, Wochenpflegerinnenanstalten, Krippen, Kinderheilstätten, Seehospizen und Anderem.

Das Rettungswesen entwickelte sich im Deutschen Samariterbund und der Berliner Rettungsgesellschaft. Der Krankentransport wurde zum Gegenstand eingehender Bestimmungen und Uebungen gemacht.

Ueberall beginnt man nicht nur an das berufsmässige Pflegepersonal höhere Anforderungen bezüglich der Vorbildung und Ausbildung zu stellen, die Zeit des Unterrichts wesentlich zu verlängern und die praktische Bethätigung der Fähigkeiten vor der Aufnahme in die Genossenschaft in erster Linie zu betonen, sondern man sucht auch das Publikum selbst über die gewöhnlichsten Forderungen der Krankenpflege durch Einrichtung ärztlicher Lehrkurse und Vorträge aufzuklären. Der unendlich wichtige öffentliche Sanitätsunterricht gewinnt stetig an Aufnahme und Umfang.

Das wesentlichste Moment in dem augenblicklichen Entwicklungsabschnitt der Krankenpflege liegt jedoch darin, dass man anfängt, die gesammte Krankenpflege als eine eigene Wissenschaft zu betrachten, als eine der inneren Medicin, Chirurgie, Hygiene etc. ebenbürtige Disciplin der Medicin. Der grosse Kliniker, E. von Leyden, verkündete dies in seiner Eröffnungsrede des 15. Congresses für innere Medicin in Berlin mit folgenden trefflichen Worten: „Die Krankenpflege, in ihrer Bedeutung nunmehr allgemein anerkannt, erhebt sich, besonders durch die Entwicklung der letzten Jahre, mehr und mehr zu einem unentbehrlichen, selbstständigen Specialfache der wissenschaftlichen Medicin.“

Die im Königl. Charitékrankenhause in Berlin als Unterrichtsmittel eingerichtete Krankenpflegesammlung ist ein Beweis dafür, dass auch an maassgebender Stelle in Preussen die Nothwendigkeit eines guten Krankenpflegeunterrichts anerkannt und gewürdigt wird. Nicht nur das Pflegepersonal, sondern vor allen Dingen auch die Aerzte selbst müssen in der Kunst die Kranken zu pflegen, besonders und eingehend unterrichtet werden.

Die Besserung der ärztlichen Leistungen und Kenntnisse in der

Krankenpflege wird einen erziehlichen Einfluss auf das Publikum ausüben, das nicht nur selbst in den Grundzügen der vernünftigen, wissenschaftlich geordneten Krankenabwartung besser als bisher belehrt werden, sondern auch den Arzt und seine Wirksamkeit höher schätzen und nicht mehr den Kurpfuscher als den eigentlichen Träger und Vertreter der vernünftigen Krankenbehandlung ansehen wird. Auf diese Weise wird die Krankenpflege der gesammten Medicin nützen.

Von der grössten Bedeutung ist die Krankenpflege im XIX. Jahr-

**Statistische Uebersicht über die Krankenpflegevereinigungen in**

| Name der Vereinigungen. | Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes. | Zweigvereine. | Mitglieder. | Männliches Krankenpflegepersonal. | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Barmherzige Brüder oder Diakonen. | freiwillige Krankenpfleger. | Mitglieder von Sanitätskolonnen. | Delegirte, Aerzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienteste etc. |
| **A. Die konfessionellen** | | | | | | | |
| I. Die katholischen Orden und Congregationen, soweit sie sich aus | | | | | | | |
| Stand vom 1. Januar 1897. | | | | | | | |
| **a) Die** | | | | | | | |
| 1. Die barmherzig. Brüder vom Orden des heiligen Alexius. (Alexianer). | Aachen. | — | — | 231 | — | — | — |
| 2. Die barmherzig. Brüder vom Orden Johanns von Gott. (Barmherzige Brüder). | Breslau. (schles. Ord.-Provinz). | — | — | 158 | — | — | — |
| | Montabaur. | — | — | 181 | — | — | — |
| | Trier. | — | — | 156 | — | — | — |
| | | | Sa. | 494 | | | |
| 3. Die Franziskaner-Tertiarier. | St. Josefshaus in Hansen bei Waldbreitbach. | — | — | 159 | — | — | — |
| Gesammtsumme aller katholischen Männerorden | | | | 885 | — | — | — |
| **b) Die** | | | | | | | |
| 1. „Arme Dienstmägde Christi.“ | Dernbach. | — | — | — | — | — | — |
| 2. Die barmherzigen Schwestern vom heil. Karl Borromäus. (Borromäerinnen). | Trebnitz-Teschen. | — | — | — | — | — | — |
| | Trier. | — | — | — | — | — | — |

[1]) Wo ein früheres Jahr der Berechnung zu Grunde gelegt ist, wird dieses besonders bemerkt.

hundert aber schliesslich deshalb geworden, weil sie alle Kulturvölker in den Bestrebungen des Rothen Kreuzes zusammengeführt hat. Es bedeutet dies ohne Zweifel einen Höhepunkt in der Kulturentwicklung des Menschen, der bisher noch nicht erreicht worden ist. Die christliche Weltanschauung hat die Nationen in dem Gedanken der selbstlosen Nächstenliebe vereint.

---

**Deutschland resp. Preussen nach dem Stande des Jahres 1897.**

| Zahl der Arbeitsfelder. | Weibliches Krankenpflegepersonal. | | | Gesammtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals. | | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Barmherzige Schwestern, Diakonissen, Diakonieverein, Johanniterschwestern und jüdische Krankenpflegerinnen. | Rothe Kreuz- oder sonstige Schwestern. | Kriegskrankenpflegerinnen oder Damen, die Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen. | Männliches Personal. | Weibliches Personal. | |

**Krankenpflegevereinigungen.** [1])

schliesslich oder in der Hauptsache mit der Krankenpflege beschäftigen.

Bereich des Königreichs Preussen.

**Männerorden.**

| Zahl der Arbeitsfelder. | Barmherzige Schwestern etc. | Rothe Kreuz- oder sonstige Schwestern. | Kriegskrankenpflegerinnen etc. | Männliches | Weibliches | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | — | — | — | — | — | — |
| 7 | — | — | — | — | — | — |
| 11 | — | — | — | — | — | — |
| 9 | — | — | — | — | — | — |
| Sa. 27 | | | | | | |
| 7 | — | — | — | — | — | — |
| 44 | — | — | — | — | — | — |

**Frauenorden.**

| Zahl der Arbeitsfelder. | Barmherzige Schwestern etc. | Rothe Kreuz- oder sonstige Schwestern. | Kriegskrankenpflegerinnen etc. | Männliches | Weibliches | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 141 | 1219 | — | — | — | — | — |
| 94 | 719 | — | — | — | — | — |
| 52 | 829 | — | — | — | — | — |
| Sa. 146 | 1548 | | | | | |

| Name der Vereinigungen. | Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes. | Zweigvereine. | Mitglieder. | Männliches Krankenpflegepersonal. | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Barmherzige Brüder oder Diakonen. | freiwillige Krankenpfleger. | Mitglieder von Sanitätskolonnen. | Delegirte, Aerzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienteste etc. |
| 3. Die barmherzigen Schwestern v. Klemenshospital in Münster (i. Westfalen). (Klemensschwestern). | Münster. | — | — | — | — | — | — |
| 4. Die barmherzigen Schwestern von der Regel des heiligen Augustinus. (Cellitinnen). | Köln, Severinstr. 73. | — | — | — | — | — | — |
| | Neuss. | — | — | — | — | — | — |
| 5. Die barmherzigen Schwestern von der göttlichen Vorsehung. | Mainz. | — | — | — | — | — | — |
| 6. Die barmherzigen Schwestern v. III. Ord. des heil. Franz. | Gengenbach (Baden). | — | — | — | — | — | — |
| 7. Die barmherzigen Schwestern v. Orden der heil. Elisabeth. | Essen. | — | — | — | — | — | — |
| 8. Die barmherzigen Schwestern nach der Regel d. heil. Vincenz von Paul. (Vincentinerinnen). | Culm. | — | — | — | — | — | — |
| | Freiburg, Br. | — | — | — | — | — | — |
| | Fulda. | — | — | — | — | — | — |
| | Hildesheim. | — | — | — | — | — | — |
| | Nippes. | — | — | — | — | — | — |
| | Paderborn. | — | — | — | — | — | — |
| | Strassburg. | — | — | — | — | — | — |
| 9. Die Cellitinnen zur heiligen Elisabeth. | Köln, Antonsgasse 7. | — | — | — | — | — | — |
| 10. Die Cellitinnen zur heiligen Gertrud. | Düren. | — | — | — | — | — | — |
| 11. Die Cellitinnen zur heiligen Maria in der Kupfergasse. | Köln, Schwalbengasse 3. | — | — | — | — | — | — |
| 12. Die Christenserfrauen nach der Regel des heil. Augustin. | Aachen. | — | — | — | — | — | — |
| 13. Die Dienerinnen vom Herzen Jesu. | Wien. | — | — | — | — | — | — |
| 14. Die Dominikanerinnen. | Arenberg. | — | — | — | — | — | — |
| 15. Die Elisabethinerinnen von der Regel des heil. Franziskus. | Aachen. | — | — | — | — | — | — |
| | Breslau. | — | — | — | — | — | — |
| 16. Die Franziskaner-Tertiarierinnen. | Marienhaus b. Waldbreitbach. | — | — | — | — | — | — |

| Zahl der Arbeitsfelder. | Weibliches Krankenpflegepersonal. | | | Gesammtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals. | | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Barmherzige Schwestern, Diakonissen, Diakonieverein, Johanniterschwestern und jüdische Krankenpflegerinnen. | Rothe Kreuz- oder sonstige Schwestern. | Kriegskrankenpflegerinnen oder Damen, die Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen. | Männliches Personal. | Weibliches Personal. | |
| 76 | 853 | — | — | — | — | — |
| 13 | 287 | — | — | — | — | — |
| 24 | 175 | — | — | — | — | — |
| Sa. 37 | 462 | | | | | |
| 5 | 22 | — | — | — | — | — |
| 1 | 2 | — | — | — | — | — |
| 15 | 147 | — | — | — | — | — |
| 28 | 254 | — | — | — | — | — |
| 2 | 5 | — | — | — | — | — |
| 34 | 228 | — | — | — | — | — |
| 19 | 194 | — | — | — | — | — |
| 19 | 188 | — | — | — | — | — |
| 68 | 716 | — | — | — | — | — |
| 9 | 53 | — | — | — | — | — |
| Sa. 179 | 1638 | | | | | |
| 2 | 25 | — | — | — | — | — |
| 5 | 60 | — | — | — | — | — |
| 9 | 128 | — | — | — | — | — |
| 3 | 35 | — | — | — | — | — |
| 3 | 24 | — | — | — | — | — |
| 1 | 170 | — | — | — | — | — |
| 4 | 143 | — | — | — | — | — |
| 3 | 70 | — | — | — | — | — |
| 52 | 595 | — | — | — | — | — |

| Name der Vereinigung. | Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes. | Zweigvereine. | Mitglieder. | Männliches Krankenpflegepersonal. | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Barmherzige Brüder oder Diakonen. | freiwillige Krankenpfleger | Mitglieder von Sanitätskolonnen. | Delegirte, Aerzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienteste etc. |
| 17. Die Franziskanerinnen | | | | | | | |
| a) Arme Schwestern v. heil. Franziskus | Aachen. | — | — | — | — | — | — |
| b) Schwestern d. Busse u. d. christl. Liebe (Schw. d. III. Ord.) | Hamb. Capellen. | — | — | — | — | — | — |
| c) Schwestern von d. heiligen Familie. | Löwen (Belgien). | — | — | — | — | — | — |
| d) Krankenschwestern nach der III. Regel d. heil. Franziskus. | St. Mauritz bei Münster. | — | — | — | — | — | — |
| e) Schwestern von d. ewigen Anbetung. | Mühlheim a. d. Möhme. | — | — | — | — | — | — |
| f) Schwestern vom heil. Herzen Jesu. | Salzkotten. | — | — | — | — | — | — |
| 18. Die Frauen vom guten Hirten | Münster-München. | — | — | — | — | — | — |
| | Melaten. | — | — | — | — | — | — |
| 19. Die Hedwigschwestern | Breslau. | — | — | — | — | — | — |
| 20. Die Katharinerinnen | Braunsberg. | — | — | — | — | — | — |
| 21. Die Klosterfrauen vom Orden der heil. Maria u. Magdalena von der Busse | — | — | — | — | — | — | — |
| 22. Die Mägde Marias von der unbefleckten Empfängniss | Porembe. | — | — | — | — | — | — |
| 23. Die Marienschwestern | Breslau. | — | — | — | — | — | — |
| 24. Die Schulschwestern von der Barmherzigkeit | Heiligenstadt. | — | — | — | — | — | — |
| 25. Die Schwestern der christlichen Liebe | Paderborn. | — | — | — | — | — | — |
| 26. Die Schwestern vom heiligen Geist (Augustinerinnen) | Moselweiss. | — | — | — | — | — | — |
| 27. Die Schwestern vom heiligen Kreuz | Strassburg. | — | — | — | — | — | — |
| | Ingenbohl (Schweinitz). | — | — | — | — | — | — |
| 28. Die (Schwestern) Töchter vom heil. Kreuz | Lüttich (Belgien). | — | — | — | — | — | — |
| 29. Die Schwestern vom III. Orden des heil. Franziskus im St. Georgsstift | Thuine. | — | — | — | — | — | — |
| 30. Die Schwester von der göttlichen Vorsehung | Münster-Friedrichsburg. | — | — | — | — | — | — |
| | Gesammtsumme der katholischen Frauenorden der Krankenpflege in Preussen | | | | | | |

| Zahl der Arbeitsfelder. | Weibliches Krankenpflegepersonal. Barmherzige Schwestern, Diakonissen, Diakonieverein, Johanniterschwestern und jüdische Krankenpflegerinnen. | Rothe Kreuz- oder sonstige Schwestern. | Kriegskrankenpflegerinnen oder Damen, die Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen. | Gesammtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals. Männliches Personal. | Weibliches Personal. | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 32 | 789 | — | — | — | — | — |
| 13 | 507 | — | — | — | — | — |
| 5 | 53 | — | — | — | — | — |
| 88 | 777 | — | — | — | — | — |
| 44 | 380 | — | — | — | — | — |
| 27 | 290 | — | — | — | — | — |
| a. 209 | 2736 | | | | | |
| 6 | 257 | — | — | — | — | — |
| 5 | 182 | — | — | — | — | — |
| 5 | 68 | — | — | — | — | — |
| 17 | 235 | — | — | — | — | — |
| 1 | 31 | — | — | — | — | — |
| 10 | 82 | — | — | — | — | — |
| 6 | 81 | — | — | — | — | — |
| 13 | 114 | — | — | — | — | — |
| 14 | 167 | — | — | — | — | — |
| 13 | 139 | — | — | — | — | — |
| 1 | 5 | — | — | — | — | — |
| 2 | 7 | — | — | — | — | — |
| 10 | 199 | — | — | — | — | — |
| 13 | 158 | — | — | — | — | — |
| 30 | 322 | — | — | — | — | — |
| 1037 | 11942 | — | — | — | — | — |

| Name der Vereinigung. | Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes. | Zweigvereine. | Mitglieder. | Männliches Krankenpflegepersonal. | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Barmherzige Brüder oder Diakonen. | freiwillige Krankenpfleger | Mitglieder von Sanitätskolonnen. | Delegirte, Aerzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienteste etc. |
| **c) Katholische Ritterorde[n]** | | | | | | | |
| 1. Der Königl. baierische Hausritterorden vom heiligen Georg. | München (Sitz d. Grossmeisters und der Administration). | — | 110 | — | — | — | Delegirte: 18 f. d. Kriegsschauplatz, 21 im Inlande, Sa.: 39 Delegirte. |
| 2. Der Verein der schlesischen Malteser Ritter. | Sitz des Bailli-Präsidenten: Schloss Falkenberg (Oberschles.). | — | 120 | — | — | — | Sämmtl. Mitglied., soweit sie nicht zur Fahne einberufen werden, etwa 60 Delegirte. |
| 3. Die Genossenschaft der Rheinisch-Westfälischen Malteser. | Sitz des Bailli-Präsidenten: Münster. | — | — | — | — | — | — |
| **II. Die evangelische[n]** | | | | | | | |
| 1. Die Diakonen in Deutschland. cf. Tabelle auf S. 74. | cf. Tabelle auf S. 74. | nach d. Stande d. Jahres 1896 --- | 1711 | 1711 | — | — | — |
| 2. Die Diakonissen in Deutschland. cf. Tabelle auf S. 82. | cf. Tabelle auf S. 82. | nach d. Stande d. Jahres 1897 — | 9769 | — | — | — | — |
| 3. Der Diakonieverein. | Herborn. | nach d. Stand v. 20. 10. 1897 — | 860 | — | — | — | — |
| 4. Der Tabeaverein für öffentl. Armen- u. Krankenpflege. | Berlin. | — | 30 | — | — | — | — |
| 5. Der ev. kirchl. Hilfsverein. (Berliner Lokalverein). | Berlin. | — | — | — | — | — | — |

[1]) Die eingeklammerten Zahlen sind in der Gesammtsumme nicht mitgezählt, da sie bei den Zahlen

| Zahl der Arbeitsfelder. | Weibliches Krankenpflegepersonal. | | | Gesammtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals. | | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Barmherzige Schwestern, Diakonissen, Diakonieverein, Johanniterschwestern und jüdische Krankenpflegerinnen. | Rothe Kreuz- oder sonstige Schwestern. | Kriegskrankenpflegerinnen oder Damen, die Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen. | Männliches Personal. | Weibliches Personal. | |
| nach dem Stand vom Jahre 1897). | | | | | | |
| — | — | — | — | — | 200 (Angehörige kathol. Frauenorden Bayerns) | 2 Krankenhäuser. |
| — | — | — | — | 20 (barmherz. Brüder). | 700 (barmherz. Schwestern) | 7 Krankenhäuser. |
| — | — | — | — | — | — | |
| Krankenpflegevereinigungen. | | | | | | |
| 1265 | — | — | — | (421)[1] | — | |
| 3683 | 9810 | — | — | — | (2500) | |
| 34 | 21 Verbandsschwestern, 308 active Krankenpflegerinnen, 167 passive Krankenpflegerinnen 496. | — | — | — | — | |
| — | 30 | — | — | — | Sämmtliche Schwestern stehen im Kriegsfall zur Verfügung des Vaterländischen Frauenvereins in Berlin. | |
| — | (90) | — | — | — | — | Beschäftigt 90 Diakonissen der verschiedensten Häuser in der Gemeindepflege in Berlin. |

der grossen Gruppen einbegriffen sind.

| Name der Vereinigung. | Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes. | Zweigvereine. | Mitglieder. | Männliches Krankenpflegepersonal. | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Barmherzige Brüder oder Diakonen. | freiwillige Krankenpfleger | Mitglieder von Sanitätskolonnen. | Delegirte, Aerzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienteste etc. |
| 6. Der evang. Ritterorden St. Johannis. (Ballei Brandenburg). | Sitz d. Herrenmeisters: Sonnenburg. | Stand vom 1. Jan. 1898: — | 2495 | — | — | — | 1500 |
| **III. Die Vereine für jüdische** | | | | | | | |
| 1. Der Verein für jüdische Krankenpflegerinnen | Frankfurt a/M. | — | 755 | — | — | — | — |
| 2. Der Verein für jüdische Krankenpflegerinnen | Berlin. | — | — | — | — | — | — |
| **IV. Die Vereine vom** | | | | | | | |
| **a) Die Landesvereine vom rothen** | | | | | | | |
| (Wo nichts Anderes bemerkt ist, verstehen sich | | | | | | | |
| 1. Preussen: | | | | | | | |
| *α)* der Preuss. Landesverein v. roth. Kreuz (Männerverein) | Sitz d. Generalkomités: Berlin. | 441 | -- | — | 2081 | 7436 | — |
| *β)* Der Preuss. Vaterländ. Frauenverein | Sitz des verw. Ausschusses: Berlin. | 844 | 140,470 | — | — | — | -- |
| 2. Bayern: | | | | | | | |
| *α)* Der bayerische Verein zur Pflege und Unterstützung im Felde verwundeter u. erkrankter Krieger vom roth. Kreuz (Männerverein) | München. | — | -- | — | — | — | 8 mobile Transportzüge, 2 mobile Begleitzüge, 5 mobile Halbbegleitzüge. |
| *β)* der bayerische Frauenverein vom rothen Kreuz | München. | 280 | 31760 | — | — | — | 27 Delegirte, 49 Aerzte, 4 Geistliche, 3 Rechnungsführer, 4 Materialverwalter, 1 Packmeister, 7 Unterbedienstete, 95. |

| Zahl der Arbeitsfelder. | Weibliches Krankenpflegepersonal. Barmherzige Schwestern, Diakonissen, Diakonieverein, Johanniterschwestern und jüdische Krankenpflegerinnen. | Rothe Kreuz- oder sonstige Schwestern. | Kriegskrankenpflegerinnen oder Damen, die Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen. | Gesammtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals. Männliches Personal. | Weibliches Personal. | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| — | 758 Johan.-Schw. (davon 573 felddienstfähig) | — | — | 1500 Delegirte etc., 421 Diakon. 1921. | 1573 Diakonissen 573 Johanniterinnen 2146. | 47 Kranken- und häuser. |

Krankenpflegerinnen.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| — | 15 | — | — | — | (12) | |
| — | 20 Vollschwestern 12 Lernschwest., 32. | — | — | — | (18) | |

rothen Kreuz.

**Kreuz (Männer- und Frauenvereine).**

die Zahlen auf den Beginn des Jahres 1897.)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| — | — | 900 | — | 9517 | 900 | — |
| — | (606 Diakon.) | (610 R. Kr., 170 ohne Mutterhaus) | — | — | — | 1386 Schwestern werden im Ganzen vom vaterländischen Frauenverein beschäftigt, davon 1010 Krankenpflegerinnen und 376 andere Pflegerinnen. 46 Zweigvereine besitzen Krankenpflegerinnen-Instituts, Krankenhäuser etc. |
| — | — | — | — | für den Dienst im Inlande 2060 | — | — |
| — | — | 90 | 790 | 95 | 1128 | Von den 1126 zur Disposit. stehend. Frauen sind 236 Berufspflegerinnen, 60 Köchinnen, 40 Dienstmädchen und 790 Kriegskrankenpflegerinnen. Von den sub II genannt. Frauen sind 60 voll, 5 Probe u. 14 Schülerinnenschwest., dazu noch 11 Damen, die d. Revers f. freiw. Krankenpflege. nach erh. Ausbild. unterschrieb. haben u. jederzeit zur Verfügung stehen. |

| Name der Vereinigung. | Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes. | Zweigvereine. | Mitglieder. | Männliches Krankenpflegepersonal. | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Barmherzige Brüder oder Diakonen. | freiwillige Krankenpfleger. | Mitglieder von Sanitätskolonnen. | Delegirte, Aerzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienteste etc. |
| 3. Sachsen: | | | | | | | |
| *a*) Der Landesverein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger für das Königr. Sachsen (Landesverein vom rothen Kreuz, Männerverein). | Dresden. | — | — | — | — | 762 davon 564 felddienstfähig. | — |
| *β*) Der Albertverein (Frauenverein). | Dresden. | 42 | — | — | — | — | — |
| 4. Württemberg: Der Württembergische Sanitätsverein. (Männer- und Frauenverein). | Stuttgart. | — | — | — | — | 835 | — |
| 5. Baden: | | | | | | | |
| *a*) Der Landesverein vom rothen Kreuz. | Karlsruhe. | 20 | 2654 | (10) | 201 | 1240 davon 727 felddienstfähig. | 56 Aerzte, 6 männliche u. 120 weibl. Pflegekräfte im Inlande, 20 Aerzte, 4 männliche u. 110 weibliche Pflegekräfte f. d. Kriegsschauplatz u. 150 Rothe Kreuzschwestern ausserdem. |
| *β*) Der badische Frauenverein. | Karlsruhe. | 224 | 30993 | — | — | — | — |
| 6. Hessen: | | | | | | | |
| *a*) Der Hilfsverein vom rothen Kreuz im Grossherzogthum Hessen. | Darmstadt. | — | — | — | — | 331 | — |
| *β*) Der Aliceverein. | Darmstadt. | 17 | 3293 | — | — | — | — |
| 7. Mecklenburg: | | | | | | | |
| *a*) Der (Männer) Landesverein vom rothen Kreuz. | Schwerin. | 17 | 1865 | — | — | 254 | 14 Aerzte. |
| *β*) Der Marien-Frauenverein. | Schwerin. | 9 | 1642 | — | — | — | — |
| 8. Oldenburg: Der Landesverein zur Linderung von Kriegsleiden. (Männer- und Frauenverein). | Oldenburg. | — | 1300 | — | — | 40 | — |

| Zahl der Arbeitsfelder. | Weibliches Krankenpflegepersonal. Barmherzige Schwestern, Diakonissen, Diakonieverein, Johanniterschwestern und jüdische Krankenpflegerinnen. | Rothe Kreuz- oder sonstige Schwestern. | Kriegskrankenpflegerinnen oder Damen, die Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen. | Gesammtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals. Männliches Personal. | Weibliches Personal. | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| — | — | — | — | 564 | — | |
| 29 | 8 Borromäerinnen. | 170 Albertinerinnen<br>10 freiwill. Albertinerinnen<br>180. | — | — | 200 | Der Verein beschäftigt 8 Borromäerinnen. |
| — | — | — | — | — | — | |
| — | (380) | | — | 1014 | 380 | Die 380 Pflegekräfte bestehen aus barmherzigen Schwestern, Diakonissen u. Rothen Kreuzschwestern. |
| 52 | — | 290 | — | — | — | |
| — | (39) | (76) | — | 331 | 115 | |
| — | — | 76 | — | — | — | |
| — | — | (18) | — | 268 | — | |
| 10 | — | 18 | — | — | 12 | |
| — | (10) | | — | 40 | 10 | |

| Name der Vereinigung. | Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes. | Zweigvereine. | Mitglieder. | Männliches Krankenpflegepersonal. | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Barmherzige Brüder oder Diakonen. | freiwillige Krankenpfleger. | Mitglieder von Sanitätskolonnen. | Delegirte, Aerzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienteste etc. |
| 9. Sachsen-Weimar und die thüringischen Staaten: | | | | | | | |
| α) Die Männerlandesvereine | Weimar. | — | — | 8 ausgebildete Berufskrankenpfleger. | — | 332 | — |
| β) Der Eisenacher Bezirksverein (Männerverein) | Eisenach. | — | — | — | — | 49 | — |
| γ) Das patriotische Institut der Frauenvereine im Grossherzogth. Sachsen. | Weimar. | 8 Centralvereine mit 160 Localvereine. | — | — | — | — | — |
| 10. Anhalt: Der Landesverband der vaterländischen Frauenvereine d. Herzogthums Anhalt. | Dessau. | 9 | 1873 | — | — | — | — |
| **b) Der Verband deutscher Kranken** | | | | | | | |
| 1. Die Kahlenberg'sche Stiftung in Magdeburg. | Magdeburg. | — | — | — | — | — | — |
| 2. Der Vaterländische Frauenverein in Berlin | Berlin. | — | 911 | — | — | — | — |
| 3. Der Vaterländische Frauenverein in Elberfeld | Elberfeld. | — | — | — | — | — | — |
| 4. Der Verein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger in Frankfurt a/M. | Frankfurt a/M. | — | — | — | — | 16 | — |
| 5. Der Vaterländische Frauenverein in Kassel. | Kassel. | 32 | 4566 | — | — | — | 29 |
| 6. Der Verein von Krankenpflegerinnen in Stuttgart | Stuttgart. | — | — | — | — | — | — |
| 7. Der Vaterländische Frauenverein i. Frankfurt a/Main | Frankfurt a/M. | — | — | — | — | — | — |
| 8. Der Wiesbadener Verein vom rothen Kreuz | Wiesbaden. | — | — | — | — | — | — |
| 9. Der Marienfrauenverein in Schwerin | Schwerin. | — | — | — | — | — | — |

| Zahl der Arbeitsfelder. | Weibliches Krankenpflegepersonal. Barmherzige Schwestern, Diakonissen, Diakonieverein, Johanniterschwestern und jüdische Krankenpflegerinnen. | Rothe Kreuz- oder sonstige Schwestern. | Kriegskrankenpflegerinnen oder Damen, die Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen. | Gesammtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals. Männliches Personal. | Weibliches Personal. | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| — | (178) | | — | 340 | 178 | |
| — | — | 60 | — | — | — | |
| — | — | 118 | — | — | — | |
| — | (9) + (4) 13 | | — | — | — | |

pflegeanstalten vom Rothen Kreuz.

| Zahl der Arbeitsfelder. | Barmherzige Schwestern etc. | Rothe Kreuz- oder sonstige Schwestern. | Kriegskrankenpflegerinnen | Männliches | Weibliches | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| — | — | 21 | — | — | (21) | |
| — | — | — | 60 | — | (60) | |
| — | — | 32 | — | — | (12) | |
| — | — | 70 | — | (16) | (70) | |
| — | — | 73 Rothe Krz.-Schwestern, 10 andere Sewestern. | — | (29) | (128) | |
| — | — | — | — | — | (50) | |
| — | — | 66 Olga-Schwestern. | — | — | (71) | |
| — | — | 57 Vollschw., 14 Lehrschw. | — | — | (80) | |
| — | — | (18) schon unter IV a, 7 b aufgeführt. | — | — | (12) | |

| Name der Vereinigung. | Mutterhaus oder Sitz des Vorstandes. | Zweigvereine. | Mitglieder. | Männliches Krankenpflegepersonal. Barmherzige Brüder oder Diakonen. | freiwillige Krankenpfleger. | Mitglieder von Sanitätskolonnen. | Delegirte, Aerzte, Geistliche, Rechnungsführer, Materialienverwalter, Packmeister, Unterbedienteste etc. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. Der Verband der Vaterlandischen Frauenvereine der Provinz Brandenburg. | Berlin. | — | — | — | — | — | — |
| 11. Der Vaterländische Frauenverein in Braunschweig. | Braunschweig. | — | — | — | — | — | — |
| 12. Das Märkische Haus f. Krankenpfl. in Berlin. | Berlin. | — | — | — | — | — | — |
| 13. Der Gräfin Rittberg-sche Hilfsschwesternverein. | Berlin. | — | — | — | — | — | — |
| 14. Das Anschar Schwestern- und Krankenhaus in Kiel. | Kiel. | — | — | — | — | — | — |
| 15. Rothes Kreuz, Schwesternhaus für Köln u. Rheinprovinz f. Krankenpflege. | Köln. | — | — | — | — | — | — |
| 16. Krankenpflege- und Heilanstalt der bayerischen Frauenvereine in München. | München. | — | — | — | — | — | — |
| | | | | V. Der deutsche Verein für | | | |
| Der Deutsche Frauenverein für Krankenpflege in den Kolonien. | Berlin. | — | — | — | — | — | — |
| | | | | VI. Sonstige interkonfessionelle | | | |
| 1. Der Verein: Viktoriahaus in Berlin. | Berlin. | — | — | — | — | — | — |
| 2. Der Frauenlazarethverein in Berlin. | Berlin. | — | — | — | — | — | — |
| 3. Der Verein zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen in Bremen. | Bremen. | — | — | — | — | — | — |
| Gesammtsumme [1]) | — | — | — | 2604 | 2202 | 11530 | 1708 |

1) Die Gesammtsumme giebt nur das Ergebniss der Zusammenstellung des Personals der im Text
direckter Bitte von folgenden Vereinigungen eine vollständige Zusammenstellung des Personals zu erhalten:
Malteser. 3. Der vaterländische Frauenhilfsverein in Hamburg. 4. Der Krankenpflegeverein für Schönebeck
weilen nicht ausreichend. Obwohl hierdurch die Zusammenstellung an Vollständigkeit eingebüsst hat.
pflegerinnen, wie auch d. Kriegskrankenpflegerinnen etc. überhaupt, so gewährt sie immerhin einen genügenden
schulte Pflegekräfte ausser den 13000 Mitgliedern von Sanitätskolonnen und Delegirten geschätzt

| Zahl der Arbeitsfelder. | Weibliches Krankenpflegepersonal. Barmherzige Schwestern, Diakonissen, Diakonieverein, Johanniterschwestern und jüdische Krankenpflegerinnen. | Rothe Kreuz- oder sonstige Schwestern. | Kriegskrankenpflegerinnen oder Damen, die Krankenpflegeunterricht genossen haben und zur Verfügung stehen. | Gesammtsumme des für den Fall des Krieges zur Verfügung stehenden ausgebildeten Personals. Männliches Personal. | Weibliches Personal. | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| — | — | 15 | — | — | (15) | |
| — | — | 16 | — | — | 26 | Im Kriegsfall stehen d. Verein 6 Rothe Kreuzschwestern und 10 Diakonissen zur Verfügung. |
| — | — | 27 | — | — | (18) | |
| — | — | 22 | — | — | (12) | |
| — | — | 66 | — | — | (54) | |
| — | — | 64 | — | — | (64)? | |
| — | — | 75 | 11 | — | (86) | |
| **Krankenpflege in den Kolonien.** | | | | | | |
| — | (11) | | — | — | — | hat bisher noch keine eigenen Schwestern, sond. beschäftigt elf Schwestern aus d. verschiedenen Mutterhäusern. |
| **Krankenpflegevereinigungen.** | | | | | | |
| — | — | 222 | — | — | (?) | |
| — | — | 1894: 37 | — | — | (?) | |
| — | — | 48 | — | — | 48 | |
| — | 23289 | 2757 | 60 | 15 670 | (?) | |

beschriebenen Krankenpflegevereinigungen. Leider war es dem Verfasser nicht möglich, trotz wiederholter
1. Die ausserpreussischen katholischen Orden etc. 2. Die Genossenschaft der Rheinisch-westfälischen
und Umgegend. Auch waren die erhaltenen Mittheilungen in Beziehung auf die Kriegsbereitschaft bis-
namentlich durch das Fehlen der im Kriegsfall zur Verfügung stehenden preuss. katholischen Kranken-
Ueberblick über d. vorhandene Krankenpflegepersonal, das auf ca. 5000 männliche u. 27000 weibliche ge-
werden kann.

## Anmerkung zu der Tabelle auf Seite 82.

Einzuschalten ist hier die infolge verspätet eingegangener Auskunft fehlende Angabe über das Diakonissen-Mutterhaus Bethanien in Kreuzburg, Oberschlesien (46): gegründet 1888, Schwestern 41, Gemeidepflegen 15, Krankenhäuser 3, Arbeitsfelder 19.

# HANDBUCH

DER

# KRANKENVERSORGUNG

UND

# KRANKENPFLEGE

HERAUSGEGEBEN

VON

Dr. **GEORG LIEBE**, Dr. **PAUL JACOBSOHN**, Dr. **GEORGE MEYER**.

ERSTER BAND.

II. ABTHEILUNG.

1. LIEFERUNG.

BERLIN 1898.

VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.

NW. UNTER DEN LINDEN 68.

# ZWEITE ABTHEILUNG.

## I. Specialkrankenhäuser.

### 1. Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für ansteckende Kranke.

Von

Dr. **Ernst Levy**, und Dr. **Sidney Wolf**,

a. o. Professor an der Universität Strassburg i. E.

Assistent am Institut f. Hygiene u. Bakteriologie der Universität Strassburg i. E.

Schon in der mosaischen Gesetzgebung des alten Testaments finden wir den ersten Anlauf zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten in den strengen Maassregeln gegen die an „Sàraat“ leidenden Individuen. Dieselben mussten ausserhalb ihres Heimathortes wohnen; ihre Wohnstätten wurden direkt als infizirt, ja sogar als erkrankt, sie selbst als unrein angesehen. Selbstverständlich können wir uns nicht auf die Ventilirung der Streitfrage einlassen, was für eine Krankheit unter „Sàraat“ zu verstehen sei; wir wollen nur bemerken, dass die frühere landläufige Uebersetzung mit Aussatz (Lepra) jetzt gewichtigen Zweifeln begegnet.

Die Lepra selbst gehörte von Alters her zu den gefürchtetsten Krankheiten, zu deren Bekämpfung drakonische Bestimmungen erlassen wurden, indem man die unglücklichen Aussätzigen in besondere Isolirhäuser (Leproserien) einsperrte. Diese interessanten prophylaktischen Maassnahmen sollen hier nur gestreift werden, da sie eine ausführliche Behandlung in einem besonderen Kapitel dieses Handbuches erfahren.

Die eigentliche Lehrmeisterin jedoch, welche zum Erwachen hygienischer Bestrebungen führte, war die Pest. Die ersten Epidemien, über die wir genauere Aufzeichnungen besitzen, herrschten während eines grossen Theils des 6. Jahrhunderts (531—580) und sind bekannt unter dem Namen der „Pest des Justinian“. Die Seuche wurde einzig und allein durch religiöse Maassnahmen zu bekämpfen gesucht. Auch die grossen Epidemien des 14. Jahrhunderts („der schwarze Tod“) brachten in ihrem Beginn in dieser Beziehung keinen wesentlichen Fortschritt, führten jedoch in ihrem Verlauf zu der Erkenntniss, dass die Pest eine ansteckende Krankheit darstelle. Die nächste Folge davon äusserte sich allerdings nur in dem Bestreben, durch schnelle Flucht sich dem Seuchenherde zu entziehen nach dem alten Motto: „Mox fuge, longe recede, tarde redi.“

Verhältnissmässig frühzeitig dagegen begegnen wir nun in Italien, und zwar in Mailand und in Reggio Calabriae (Visconte Bernabo 1374) Sperren nicht nur allein gegen die Kranken, sondern auch gegen die Personen, welche Pestkranke gepflegt hatten.

Am Ende des 14. Jahrhunderts kam es zur Einführung der „Quarantäne“, die zunächst in einzelnen Hafenstädten Italiens zur Anwendung gelangt sein soll und darin bestand, dass die aus pestverdächtigen Gegenden Zugereisten einer Beobachtung von 40 Tagen (quaranta giorni, quarantina) unterzogen wurden. Nach Haeser existirte schon 1471 auf der Insel Mallorca ein gut functionirendes Pestquarantänereglement. — Unter dem Drucke der immer noch drohenden Seuchengefahr war es Venedig, welches im gleichen Jahrhundert die Errichtung eines ständigen Gesundheitsrathes ins Werk setzte, der im Laufe der Zeit mit weitreichenden Vollmachten in Bezug auf das Kranken- und Verkehrswesen ausgestattet wurde.

Im 16. und 17. Jahrhundert finden wir in Italien die Prophylaxe wenigstens bei den obrigkeitlichen Behörden noch besser entwickelt. Netter hat diese interessanten Daten kürzlich in eingehender Weise behandelt. In Mailand setzte 1534 Franz II. Sforza wohl nach venetianischem Muster eine Sanitätscommission ein, die in Pestzeiten für Quarantäne, Isolirspitäler, ärztliche Gesundheitsinspectoren u. dergl. mehr zu sorgen hatte. Während der Epidemie von 1575—77 haben diese Anordnungen ihre Feuerprobe bestanden. Trotzdem die Seuche in ganz Norditalien wüthete, gelang es dieser Stadt bis Ende 1576 dieselbe von ihren Thoren fern zu halten. Als dessenungeachtet die Pest eingezogen war, wurde Mailand in 33 Districte getheilt, deren jeder einem besonderen Amtsarzte unterstellt ward. Alle Pestfälle mussten angezeigt und in die Isolirbaracken verbracht werden, ihre Wohnungen gereinigt und mit Kalk geweisst, die mit den Kranken in Berührung gekommenen Gegenstände mit heissem Wasser abgebrüht werden. Für die Reconvalescenten standen besondere Räumlichkeiten zur Verfügung; den Armen wurden städtische Unterstützungen gewährt. Die Zahl der Todesfälle betrug für Mailand 17000, während sie in Brescia, das fünfmal weniger Einwohner zählte, auf 20000, in dem gleichfalls geringer bevölkerten Venedig gar auf 51000 stieg.

Die zweite Epidemie, die auch von Lersch erwähnt wird, ist die im Jahre 1656 in Neapel ausbrechende. Sofort verbot in Rom Papst Alexander VII. unter Todesstrafe jeglichen Verkehr mit dem Königreich Neapel; es wurde für strenge Reinlichkeit in der Stadt gesorgt; die offen gelassenen Thore wurden sorgfältig überwacht. Diese Maassregeln konnten allerdings den Ausbruch der Pest nicht hindern.

Nun stellte der Papst den Kardinal Geronimo Guastaldi, einen überzeugten Kontagionisten, an die Spitze der römischen Sanitätsverwaltung. Guastaldi's Vorgehen war durchaus zielbewusst und trägt ganz und gar den Stempel unserer modernen Vorkehrungen. Obligatorische Anzeigepflicht für die Familienvorstände, für Priester und Aerzte, Kenntlich-

machung der Pesthäuser, getrennte Internirung der Kranken und der Verdächtigen, Desinfektion der Gebrauchsgegenstände und Verkaufsverbot derselben, schnelle Bestattung der Leichen in tiefen Gräbern auf einem Lager von ungelöschtem Kalk, ausgiebige Armenpflege, das waren die Grundzüge seines Handelns. — Rom zählte 14500 (oder 22000), Genua 60000 (oder 80000), Neapel gar 280000 Todte, und Guastaldi durfte mit Recht in seiner Pestschrift behaupten, dass gegen diese Krankheit nur auf dem Wege politischer Gesetzgebung mit einiger Aussicht auf Erfolg vorgegangen werden könne. Seine Erfahrungen waren für das Durchdringen der contagionistischen Lehren von der weittragendsten Bedeutung; sie sind auch die Grundlage der berühmten Abhandlung von Muratori aus dem Jahre 1714, mit welcher nach Haeser der Sieg des absoluten Contagionismus in Europa entschieden war. Aus all diesem entwickelte sich schliesslich ein wohlorganisirtes Quarantänesystem, das an den verschiedensten Orten eingeführt und in den Hauptzügen bis tief in unser Jahrhundert hinein in Anwendung gebracht wurde. Bald zog man dasselbe auch gegen andere auf dem Wege des internationalen und persönlichen Verkehrs sich verbreitende Infectionskrankheiten heran, ja man hat selbst versucht, ganze verseuchte Länder durch Aufstellung von sogenannten Grenzkordons abzusperren.

Einen weiteren Anlauf nahm die Bekämpfung der Volkskrankheiten in einem Verfahren, das anscheinend neueren Datums ist, dessen erste Anfänge aber doch bereits bis ins Alterthum zurückragen. Man hegte nämlich früher die Ansicht, dass die Epidemien flüchtigen, der Luft beigemischten giftigen Substanzen ihre Entstehung verdankten, und die Folge davon war, dass man durch künstliche Erzeugung energischer Luftströmungen und durch Sättigen der Atmosphäre mit bestimmten „pestwidrigen“ Stoffen diese vermeintlichen Gifte unschädlich zu machen sich bestrebte. Das Abbrennen von grossen Feuern, später von Schiesspulver, das Räuchern mit harzigen und aromatischen Körpern sind auf dieses Bestreben zurückzuführen. Im Anfang des 19. Jahrhunderts brach sich dann die Ansicht Bahn, dass diese flüchtigen Gifte hauptsächlich Zersetzungs- und Fäulnissprodukte organischer Stoffe seien, weswegen man sich jetzt mehr denjenigen Mitteln zuwandte, denen man eine zersetzende und zerstörende Wirkung auf letztere beimass (Chlor- und Essigdämpfe, schweflige Säure etc.).

In Deutschland führte die Pestnoth 1426 zu dem Erlasse Kaiser Sigismund's, dass sämmtliche Reichsstädte communale Aerzte anzustellen hätten, denen die Verpflichtung oblag, in Seuchenzeiten die nothwendigen Anordnungen zu treffen. Wirksame Folgen hatte dieser Erlass wohl nur in Nürnberg, wo sich schliesslich das Amt eines „Physicus“ herausbildete; überhaupt kann diese Stadt für jene Zeiten als ein Vorbild in hygienischer Beziehung gelten.

Die Pestepidemien, welche im Anfang des 18. Jahrhunderts in den östlichen Donauländern, in Schlesien, Polen und Russland herrschten,

zeitigten in Preussen die Errichtung des Sanitätscollegiums, im Volksmund auch „Pestcollegium“ genannt, welches sich mit allem „die pestilenzialische Seuche und andere ansteckende Krankheiten Betreffenden“ zu befassen, während das schon früher eingesetzte Collegium medicum das Heilwesen als solches zu beaufsichtigen hatte. Um all diesen Aufgaben besser gerecht werden zu können, kam es gleichfalls zu Anfang des 18. Jahrhunderts zur Bestellung der Kreisphysici, die bis zur Stein'schen Reform von den städtischen Behörden, resp. auf dem Lande von den Kreisständen gewählt wurden.

Nächst der Pest waren es vor Allem die Pocken, welche in besorgnisserregender Weise Morbidität und Mortalität beeinflussten; nichtsdestoweniger müssen wir bis über die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts hinaus warten, ehe wir Vorschlägen begegnen, die Variolakranken zu isoliren. Es waren nach Netter besonders französische Aerzte, welche dieses Verlangen stellten. In Frankreich führten diese Bestrebungen zu keinem praktischen Resultat, während in London um jene Zeit bereits ein Pockenspital gegründet wurde. Von ganz besonderem Interesse ist ferner für uns die Thatsache, dass diese selbe Stadt schon 1802 ein Krankenhaus für die exanthematischen Fieber erhielt.

In Preussen nahm unterdessen die Entwickelung der staatlichen Fürsorge für die epidemischen Krankheiten ihren ungestörten Fortgang. Aus dem Collegium sanitatis entstand 1762 in Berlin ein Obersanitätscollegium, dem in jeder Provinz ein Sanitätscollegium untergeordnet war. Ersteres erhielt die Oberaufsicht über alle Maassnahmen beim Ausbruch von Seuchen. — Die Verwaltungsreform in Preussen am Anfang dieses Jahrhunderts sollte jedoch für das Sanitätswesen einen deutlichen Rückschritt bringen. Die Sanitäts- und Medicinalcollegien wurden durch „medicinisch-technische“ Behörden ersetzt, die nur berathende Funktionen bei den vier Verwaltungsinstanzen: Ministerium, Oberpräsidium, Bezirkspräsidium, Landrath — auszuüben hatten. Für die Bekämpfung der Infectionskrankheiten gilt eigentlich heute noch in Preussen das Regulativ vom 28. Oktober 1835.

Nach Neubegründung des Deutschen Reichs kam es 1876 zur Errichtung des Reichsgesundheitsamtes, welches u. a. den Reichskanzler „in der Vorbereitung der auf dem Gebiet der Medicinal- und Veterinärpolizei in Aussicht zu nehmenden Gesetzgebung unterstützen sollte“. Trotz zahlreicher Bemühungen jedoch, ein für ganz Deutschland gültiges Reichsseuchengesetz zur wirksamen Bekämpfung der Infectionskrankheiten zu schaffen, ist es bisher leider noch nicht gelungen, dieses Vorhaben zu verwirklichen. In den Bundesstaaten existiren zum Theil ähnliche, zum Theil bessere Vorschriften (Baden, Bayern, Sachsen) als in Preussen; aber wir müssen Finkelnburg unbedingt Recht geben, wenn er die Meinung äussert, dass der charakteristische und mangelhafte Zug der Sanitätsverwaltung in der Anstellung lediglich referirender Behörden beruhe, deren jede ein Anhängsel an die entsprechende Instanz der allgemeinen Polizeiverwaltung bilde.

Wenn nun auch auf dem Wege der Gesetzgebung diese Fragen in Deutschland noch einer endgültigen Regelung harren, so darf doch nicht verhehlt werden, dass trotz alledem gewaltige Fortschritte in der Prophylaxe und Krankenpflege der Infectionskrankheiten gemacht worden sind. Wir verdanken dieselben der Anregung, welche die grossen Epidemien des 19. Jahrhunderts, speciell die Cholera, der Wissenschaft gegeben haben; wir verdanken sie der uns von Pettenkofer verschafften hygienischen Erkenntniss; wir verdanken sie vor Allem dem gewaltigen Aufschwung, den die ätiologischen Forschungen Pasteur's und Koch's, der Begründer der Bacteriologie, in diese ganze Lehre gebracht haben.

Besondere Fürsorge wäre eigentlich bei allen denjenigen Krankheiten zu treffen, die sich erfahrungsgemäss auf dem Wege der Ansteckung verbreiten. Man fasst sie unter dem Namen „Infektionskrankheiten“ zusammen. Sie werden durch die Lebensthätigkeit pflanzlicher oder thierischer Mikroorganismen hervorgerufen, die wir, wenigstens bei der Mehrzahl der in Betracht kommenden Affektionen durch die Bakteriologie kennen gelernt haben. — Die meisten ansteckenden Krankheiten befallen den Menschen in wechselnder Häufigkeit; wir nennen ihr Auftreten sporadisch, wenn unter der Bevölkerung nur ganz wenige Erkrankungen vorkommen; wir bezeichnen es als endemisch, wenn zu jeder Zeit eine grössere Anzahl von Individuen an der betreffenden Krankheit darniederliegt. Unter besonderen Bedingungen vermag jede Infectionskrankheit eine ausserordentliche Verbreitung zu gewinnen, einen epidemischen Charakter anzunehmen, wobei sie jetzt viel mehr Individuen als vorher ergreift. Verlässt die Seuche aber ihren bisherigen Sitz und dehnt sich über grössere Länderstrecken, ja unter Umständen sogar über die ganze bewohnte Erde aus, so reden wir von Pandemien. — Wenn nun auch gegen letztere in erster Linie die hygienische Fürsorge einzusetzen hat, so dürfen wir doch auch die bei uns sporadisch und endemisch auftretenden Infectionskrankheiten nicht vernachlässigen, um jede Möglichkeit eines Epidemischwerdens von vornherein auszuschliessen, um die Infectionsgelegenheit nach Kräften einzuschränken

Schutz und Abwehr müssen gegen folgende Krankheiten eingeleitet werden: Pest, Cholera asiatica, Variola (Pocken), Typhus exanthematicus (Flecktyphus), Recurrens (Rückfallfieber), Meningitis epidemica (Genickstarre), Pneumonie (Lungenentzündung), Typhus abdominalis (Darmtyphus), Dysenterie (Ruhr), Gelbes Fieber, Puerperalfieber (Kindbettfieber), Diphtherie, Scarlatina (Scharlach), Morbilli (Masern), Influenza (Grippe), Tuberculose, Lepra (Aussatz), Erysipel (Wund- und Gesichtsrose), Tetanus (Wundstarrkrampf), Anthrax (Milzbrand), Malleus (Rotz), Pertussis (Keuchhusten), Parotitis epidemica (Mumps).

Es ist nun selbstverständlich, dass ein einheitliches Vorgehen bei allen diesen Krankheiten nicht möglich und auch nicht nothwendig ist. Einzelne von ihnen zeichnen sich in der Art ihrer Verbreitung durch besondere Eigenthümlichkeiten aus, die eine specielle Behandlungsweise

erheischen. Wir werden nach Erledigung der allgemeinen Verhältnisse noch genauer auf die Ausnahmen zurückkommen.

Wie haben wir uns nun einem an einer acuten ansteckenden Krankheit (Typhus, acute Exantheme, Diphtherie, Cholera, Pest etc.) leidenden Patienten gegenüber zu verhalten?

Das Beste wäre, denselben stets der Krankenhausbehandlung anzuvertrauen. Von diesem Ideal sind wir jedoch noch weit entfernt, und dasselbe wird auch so bald wohl nicht erreicht werden, da der obligatorische Transport ins Krankenhaus gegen den Willen des Patienten resp. seiner Familie einen nach den heutigen Begriffen zu grossen Eingriff in die persönliche Freiheit bedeuten würde. Im freien England ist man mit Recht nicht so rücksichtsvoll; Arzt und Behörde haben wenigstens unter zwei Bedingungen die Befugniss, Hospitalpflege zu erzwingen, einmal wenn der Patient mit mehreren Individuen gemeinschaftlich eine Stube bewohnt, zweitens sobald nicht die nöthige Garantie für Pflege und Isolirung gegeben ist. Kommen Fälle von Infectionen in staatlichen oder privaten Betrieben vor, so müssen dieselben selbstverständlich sofort ins Spital verbracht werden.

Bleibt der Kranke in seiner Privatwohnung, so ist es in den meisten Fällen bei einigermaassen bemittelten Leuten möglich, eine genügende Isolirung zu erzielen. Hier liegt es natürlich dem behandelnden Arzte ob, für das Nöthige zu sorgen, und der ganze Erfolg wird einzig und allein davon abhängen, ob derselbe mit den einschlägigen epidemiologischen Thatsachen bekannt ist oder nicht. Es muss daher ganz besonders eine genügende Schulung und Durchbildung des praktischen Arztes in diesem Zweige der Wissenschaft verlangt werden.

Gewöhnlich ist man gezwungen, dasjenige Zimmer als Isolirraum einzurichten, in dem der Patient sich bereits befindet, wenn er ärztliche Hülfe in Anspruch nimmt, und nur wenn zwingende Gründe vorhanden sind, erscheint es rathsam, von diesem Grundsatz abzugehen. Das Isolirzimmer muss einen eigenen Zugang besitzen, darf nicht weniger als ca. 20 qm Fussbodenfläche darbieten, muss hell sein. Alle überflüssigen Möbel sind daraus zu entfernen. Von Vortheil ist es, wenn noch ein zweites Bett zur Disposition steht, in das der Patient ohne Schwierigkeit umgelagert werden kann; abgesehen von der Annehmlichkeit, die ein frisches Lager für den Kranken immer bietet, ist hierdurch allein die Möglichkeit gegeben, bei bestehenden profusen Diarrhöen (Cholera, Typhus) für eine stricte Reinlichkeit und Unschädlichmachung der Stühle Sorge zu tragen. Der behandelnde Arzt hat darauf zu dringen, dass die Pflege einem geschulten Wärter oder Wärterin übertragen wird; lässt sich dieses nicht durchsetzen, so liegt ihm die Aufgabe ob, denjenigen Familienmitgliedern, die sich in die Wartung theilen, die nöthigen Instructionen zu geben; er muss sie über das Wesen der bestehenden Krankheit so gut wie möglich belehren, ihnen auseinandersetzen, welche Secrete oder Excrete den Ansteckungskeim in sich bergen, und wie dieselben am sichersten zu vernichten sind.

Die Beschaffung der zur Krankenpflege nothwendigen Utensilien (Badewanne, Stechbecken, Luft- und Wasserkissen, Thermometer etc.), die nur für die Benutzung durch den Kranken bestimmt sind, ist nicht ausser Acht zu lassen. Das Bestehen einer Anstalt, welche diese Gegenstände zur leihweisen Benutzung gegen geringes Entgelt überlässt, ist wünschenswerth, ganz besonders auch im Interesse einer nachherigen gründlichen Desinfection, die im Hause doch vielleicht nicht mit der genügenden Sorgfalt ausgeführt werden würde. Die Verbindung eines derartigen Leihinstituts etwa mit der städtischen Desinfectionsanstalt wäre leicht zu erreichen; in kleineren Gemeinden könnten Krankenschwestern sich der Sache annehmen.

Die pflegende Person trägt zum Schutz ihrer Kleider im Krankenzimmer einen leinenen Ueberrock, sorgt dafür, dass jeder unnöthige Besuch ferngehalten wird, wäscht sich Hände, Gesicht und Haare, sobald auch nur die Möglichkeit gegeben ist, dass dieselben inficirt sein könnten, und so oft sie den Krankenraum verlässt, jedesmal wenigstens die Hände. Bevor er seine Mahlzeit einnimmt, was immer ausserhalb des Isolirzimmers geschehen soll, reinigt sich der Wärter aufs Peinlichste. Die von Kranken übriggelassenen Speisen und Getränke dürfen nicht, wie man leider in Privathäusern häufig genug zu beobachten Gelegenheit hat, von anderen Personen genossen, sondern müssen verbrannt oder durch Aufkochen unschädlich gemacht werden; das Essgeschirr ist 10 Minuten lang in Wasser zu kochen und separat aufzubewahren.

Tritt Genesung ein, so bleibt der Reconvalescent noch so lange weiter isolirt, als es der Arzt für nöthig erachtet. Diese Vorschrift ist dadurch veranlasst, dass die specifischen Krankheitserreger, wie die bakteriologischen Untersuchungen der Neuzeit gelehrt haben, auch nach anscheinender Genesung in den Organen des Patienten noch vorhanden sind und von ihm entleert werden. Wenn auch diese Mikroorganismen sich in ihrer Virulenz, wie es scheint, als abgeschwächt erweisen, so sind sie dennoch nicht völlig unschädlich geworden und daher sicherlich unter Umständen noch imstande, Neuinfectionen hervorzurufen. Die Pflicht, die sich daraus, wie schon erwähnt, für den Arzt ergiebt, ist die, den Reconvalescenten noch einige Zeit abgesondert zu halten und die betreffenden Krankheitsproducte genau so wie während des Verlaufs der Krankheit selbst, desinficiren zu lassen. Wie lange Beides zu dauern hat, ist bei den verschiedenen Krankheiten verschieden.

Endigt die Infectionskrankheit mit Tod, so wird der Leichnam mit einer schwachen Sublimatlösung (1 : 3000) gewaschen, in ein mit Sublimatlösung (1 : 1000) getränktes Tuch eingehüllt, in den Sarg gelegt und mit Sägespänen umgeben, um alsdann möglichst bald in die Leichenhalle verbracht zu werden.

Der Bahntransport von Leichen an ansteckenden Affectionen Verstorbener unterbleibt am besten ganz; soll derselbe trotzdem stattfinden, so wird die wie oben geschildert vorbehandelte Leiche in einen Zinksarg gelegt, der verlöthet in einen Holzsarg gesetzt wird. Sobald der Leichnam

aus dem Sterbehaus entfernt ist, oder sobald der Reconvalescent das Isolirzimmer endgültig verlassen darf, ist eine gründliche Desinfection der während der Krankheit benützten Räume und Effecten alsbald vorzunehmen. Die Sorge für die Desinfection wird wohl am zweckmässigsten der Ortsbehörde übertragen und von besonderen Beamten (Desinfectoren) theils in der Wohnung, theils in der Desinfectionsanstalt besorgt. Die näheren Details werden wir weiter unten ausführlich erläutern.

Befindet sich der Infectionskranke im schulpflichtigen Alter, so erwachsen für Arzt und Familie noch besondere Aufgaben. Alle deutschen Bundesstaaten haben die Bestimmung erlassen, dass bei Scharlach, Masern, Rötheln, Diphtherie, Pocken, Flecktyphus, Recurrens, Ruhr, Cholera, Meningitis auch die Geschwister des Erkrankten vom Schulbesuch fernzuhalten sind; Keuchhusten, Trachom und merkwürdiger Weise Abdominaltyphus unterliegen dieser Anordnung nicht. Erklärt jedoch der behandelnde Arzt die Isolirung des Patienten für ausreichend gesichert, so muss der Schulbesuch in allen Fällen gestattet werden. Diese letzte Verordnung möchten wir mit Gärtner dahin abgeändert wissen, dass unter allen Umständen während der ganzen Incubationszeit den Geschwistern der Schulbesuch untersagt wird. In Baden geht man noch weiter uud verbietet mit Recht auch den Kirchenbesuch. Der Lehrer darf nur dann das betreffende Kind wieder in die Schule aufnehmen, wenn nach dem Zeugniss des Arztes keine Ansteckungsgefahr mehr besteht. — Dieses Alles gilt nicht nur für die Staatsschulen, sondern auch für Privatanstalten, Kindergärten etc.

Bricht in einem Internat eine Epidemie aus, so herrscht an manchen Orten die Gepflogenheit, die Schüler ohne Weiteres in das elterliche Haus zu schicken; diesem Missstande muss gesteuert werden; die Entlassung der Internen darf nur mit Erlaubniss des Arztes erfolgen. Für die Cholera existiren noch besondere Bestimmungen, die dahin gehen, dass Schulkinder von ausserhalb des Schulortes, so lange in letzterem die Seuche herrscht, vom Schulbesuch ausgeschlossen sind. Tritt die Cholera sehr heftig auf, so sind die Schulen zu schliessen. Einzelne Staaten dehnen diese Massregel auch auf andere Infectionskrankheiten aus.

Hat der Arzt die Ueberführung des Patienten in ein Krankenhaus durchgesetzt, so ist für den Transport Sorge zu tragen. Hierzu einen gewöhnlichen Miethswagen zu verwenden, wie das früher gang und gäbe war, ist gewissenlos, da auf diese Weise nur zu leicht eine neue Quelle für Infectionen geschaffen wird. Beispiele hierfür finden sich in der Literatur genugsam verzeichnet; eines der bekanntesten ist wohl die von Parrot erwähnte Thatsache, wo drei Kinder derselben Familie Diphtherie bekamen und daran starben, nachdem sie in einer Droschke spazieren gefahren waren, in welcher kurz vorher ein Diphtheriekind ins Spital eingeliefert worden war.

Zum Abholen der Kranken bedient man sich besonderer Wagen, die sammt allem dazu erforderlichen Material in den Krankenhäusern selbst, oder in Stationen, die zweckmässig über die ganze Stadt vertheilt

und von jedem Punkte aus leicht zu erreichen, resp. zu benachrichtigen sind (Telephonverbindung!), bereitgestellt werden. Bei der Construction dieser Wagen muss unbedingt der Abneigung des Publikums gegen eine aussergewöhnliche Form Rechnung getragen werden. Hamburg, welches z. Z. in Bezug auf das Krankentransportwesen in Deutschland als Vorbild dienen kann, besitzt speciell für Infectionskranke 28 Wagen in Landauerform, welche allen Anforderungen entsprechen. Von zwei Trägern wird der Patient vermittels eines Tragbetts, das sich in jedem dieser Fuhrwerke befindet, aus seiner Wohnung abgeholt; die Seitenwand des Wagens wird niedergelegt, das Bett auf derselben durch Rollen, die auf Schienen laufen, in das Innere befördert und dann die Wand wieder hochgeklappt. Neben dem Kranken ist noch Platz für zwei Personen vorhanden, von denen mindestens eine ein geschulter Wärter resp. Wärterin sein muss; dieselben tragen ebenso wie die übrige Begleitmannschaft waschleinene, leicht zu desinfizirende Ueberröcke. Ausserdem wird in jedem Wagen ein Kasten mitgeführt, der Cognac, Karbolwasser, Kampheröl mit Pravazscher Spritze, Gazebinden, Watte und Schwamm enthält. In London stehen übrigens noch ähnliche Gefährte in Omnibusform für den gleichzeitigen Transport mehrerer Kranken zur Verfügung. Das Gefährt ist sehr leicht zu desinfiziren, da jede Polsterung fehlt und durch einen Beschlag mit Eisenblech ersetzt ist; die Räder sind mit Gummi versehen, um stärkere Erschütterungen hintanzuhalten. In London, sowie in einigen deutschen Städten ist es den Lohnkutschern bei Geldstrafe verboten, wissentlich Infectionskranke zu befördern. Ist der Transport trotzdem in einem Miethswagen vorgenommen worden, so wäre es die Pflicht einer jeden Spitalverwaltung, denselben zurückzuhalten und gründlichst desinfiziren zu lassen; der Kutscher könnte event. für Zeitversäumniss u. s. w. entschädigt werden. Wohlhabende Kranke haben selbst für die erwachsenden Kosten aufzukommen; im Grossen und Ganzen ist jedoch an dem Prinzip festzuhalten, dass der Transport kostenlos erfolge, und dass die Behörde die Organisation desselben in die Hand nehme.

Wie wird nun in den Spitälern die Isolirung ansteckender Kranker am besten erreicht? Allgemein gültige Regeln aufzustellen, ist wohl kaum angängig. Es ist hier scharf zu trennen zwischen den kleinen Gemeinden mit ihren kleinen Spitälern und zwischen den grossen Gemeinden mit ihren bedeutenden Krankenhäusern. In Spitälern mit geringer Bettenzahl genügt es vollauf, wenn ein oder mehrere Isolirzimmer bereit gehalten werden; dieselben müssen einen Separateingang besitzen, und besonderes Personal ist zu ihrer event. Bedienung bereit zu halten. Im Uebrigen sind bei der Einrichtung dieselben Vorschriften inne zu halten, die wir weiter oben bei der Beschreibung des Krankenzimmers in einem Privathause gegeben haben, deren Befolgung hier selbstverständlich auf weit geringere Schwierigkeiten stossen wird. An etwas grössere Krankenhäuser ist schon die Anforderung zu richten, dass sie ein extra Isolirhaus besitzen; ist das nicht der Fall, so sollte sich das betreffende Gemeinwesen wenigstens die Aufstellung einer Baracke

oder die Einrichtung eines besonderen Hauses als Isolirhaus sicherstellen. Durch Contracte mit zuverlässigen Privaten ist dieses im Nothfalle ohne Schwierigkeit rasch zu erreichen; für Gas- und Wasserleitungsverbindung sowie für Anschluss an die Canalisation ist vorher zu sorgen.

Dass grosse Städte, in denen jahraus jahrein infektiöse Krankheiten endemisch vorkommen, Isolirhäuser und Baracken im Anschluss an ihre Spitäler zu errichten haben, braucht wohl kaum hervorgehoben zu werden. Hier drängt sich nun gleich die Frage auf: Soll ein einziges gemeinschaftliches Isolirkrankenhaus gebaut, oder soll jeder Infectionskrankheit ein solches zugetheilt werden? Am erstrebenswerthesten wäre letzteres, lässt sich jedoch aus pekuniären Rücksichten wohl in den wenigsten Gemeinwesen ermöglichen. Haben wir es nicht mit den bösartigsten Infectionskrankheiten zu thun, so ist diese Forderung keine so dringliche und dürfte wohl allen hygienischen Bedenken Rechnung getragen sein, wenn die verschiedenen, den einzelnen Krankheitsformen zugewiesenen Abtheilungen mit ihrem Warte- und Dienstpersonal streng getrennt sind. Nach Ruppel sollten hierbei vier derartige Krankenabtheilungen das Maximum bilden und in keinem Falle chirurgische Infectionskranke mit anderen ansteckenden Kranken zusammen unter einem Dache gelagert werden. Mit den gemeinschaftlichen Isolirspitälern (Fieberspitälern!) ist der nicht zu unterschätzende Vortheil verknüpft, dass die einzelnen Abtheilungen je nach Bedürfniss bald für diese bald für jene Krankheitsform zur Benutzung herangezogen werden können, so dass niemals die betreffenden Räumlichkeiten ganz leer stehen. Einzelne Krankheiten erfordern allerdings besondere Spitäler; doch darüber später! Was die Zahl der Betten anbelangt, die für Infectionskranke bereitzustellen sind, so dürfte es für die Praxis wohl genügen, wenn man im Durchschnitt 1,5 auf 1000 Einwohner rechnet. —

Die Anlage von Fieberspitälern hat im Allgemeinen nach denselben Grundsätzen zu erfolgen wie die der Krankenhäuser überhaupt; ganz besonderes Augenmerk muss darauf gerichtet sein, dass Alles bequem desinficirt zu werden vermag, schon aus dem oben angeführten Grunde, damit ohne Bedenken die verschiedenen Abtheilungen mit verschiedenen Krankheitskategorien hintereinander belegt werden können. Die Isolirspitäler, die also einzig und allein zur Unterbringung ansteckender Kranken dienen, werden immer an der äussersten Peripherie der Stadt zu erbauen sein, am besten 300 m von menschlichen Wohnungen entfernt und sollen sich in leicht erhöhter Lage befinden, um allen Luftströmungen ausgesetzt zu sein. Erstere Forderung mag vielleicht etwas übertrieben erscheinen; wir halten dieselbe aber zur Hospitalisirung der Pockenkranken für absolut geboten. Um das Spital herum ist für die Anpflanzung von Bäumen Sorge zu tragen; ebenso sollen sämmtliche Zugangsstrassen als breite Baumalleen angelegt werden, da hierdurch entschieden die Ansteckungsgefahr für die Nachbarschaft vermindert wird.

Bei der Bemessung des Grundstücks ist auf eine ausgiebige Er-

weiterung des Spitals für Epidemiezeiten durch Barackenbauten Rücksicht zu nehmen. Die ganze Anlage geschieht nach dem Pavillonsystem unter strenger Durchführung einer Trennung zwischen den für die Kranken und den für die Verwaltung und Oekonomie bestimmten Baulichkeiten. Der jedesmalige Zwischenraum zwischen den einzelnen Gebäuden soll mindestens 40 m betragen, und wenn wir alle diese Verhältnisse in Rechnung ziehen, so können wir unbedingt Ruppel beistimmen, der pro Bett 150—200 qm Grundstückfläche fordert. Wenn schon bei allgemeinen Krankenhäusern die Gesammtbettenzahl keine allzu grosse werden darf, so ist bei unsern Fieberspitälern dieses Postulat besonders beherzigenswerth. Einzelne Autoren geben als Grenzzahl 500, andere 300 an, unseres Erachtens sind kleinere Isolirkrankenhäuser entschieden vorzuziehen; grosse Städte errichten event. mehrere an verschiedenen Punkten ihrer Peripherie.

Das Wartepersonal für jede Krankenkategorie wird in besonderen Wohnräumen untergebracht; ein gemeinschaftliches Wohnhaus ist wegen der hiermit verbundenen grösseren wechselseitigen Ansteckungsgefahr zu verwerfen.

Für eingelieferte Kranke, deren Diagnose noch zweifelhaft ist, stelle man einen Beobachtungsraum dicht beim Spitaleingang zur Disposition, in welchem dieselben bis zum endgültigen Entscheid verweilen, um sodann in die einzelnen Pavillons überführt zu werden.

Für die Küche mit daranschliessendem Eiskeller, die Wäscherei, die Desinfection und das Leichenwesen sind gleichfalls besondere Räumlichkeiten vorzusehen. Diejenigen Gefässe, in welchen die Speisen aus der gemeinschaftlichen Küche geholt werden, dürfen niemals in die Krankensäle gebracht werden, sondern müssen in den kleineren sogen. Theeküchen der einzelnen Pavillons in einwandsfreier Weise, ohne dass eine Berührung mit dem Krankengeschirr stattfinden kann, entleert und gereinigt werden. Jede Theeküche sollte im Besitz eines Wärmetisches sein, worauf die Speisen zerlegt werden können, damit die Kranken ihr Essen warm erhalten.

Ob besondere Waschküchen für die Kranken, besondere für das Personal einzurichten sind, darüber gehen die Meinungen auseinander. Unbedingt nöthig sind dieselben nicht, wenn nur eine gewissenhafte Desinfection der Krankenwäsche stattfindet, bevor dieselbe in das gemeinschaftliche Waschhaus überführt wird.

Das Desinfectionshaus soll einzig und allein der Benutzung durch die Anstalt dienen; es der Allgemeinheit zugängig zu machen, wie es in einzelnen Städten geschieht, halten wir für verfehlt, da der Verkehr des Publikums mit dem Isolirspital auf das Mindestmaass zu beschränken ist. Im Desinfectionsgebäude hat auch die Unschädlichmachung der Speisereste und des Kehrichts zu erfolgen.

In Verbindung mit dem Leichenhaus sind wissenschaftliche Arbeitsstätten einzurichten, die es ermöglichen, nicht nur das Leichenmaterial auszunutzen, sondern auch die Se- und Excrete der Patienten

zu untersuchen. Dieser Punkt ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Die ganze Entwicklungsphase, welche die Lehre von den Infectionskrankheiten gerade in unserer Zeit durchgemacht hat, basirt auf der bacteriologischen Forschung. Die gesammte Prophylaxe ist, wenn sie überhaupt von Nutzen sein soll, einzig und allein davon abhängig, dass die Diagnose der zuerst auftretenden Krankheitsfälle einer Epidemie möglichst rasch gestellt wird; dieses ist aber wiederum nur mit Hülfe der Bacteriologie möglich. In den Untersuchungsstätten, die mit den Fieberspitälern in Verbindung stehen, muss also Gelegenheit geboten sein, Faeces auf Choleravibrionen, Beläge auf Diphtheriebacillen, Blut auf Mikroben, auf Serumreaction u. s. w. zu prüfen. Während des Verlaufs der Krankheit selbst sind planmässige bakteriologische Forschungen anzustellen, um die Beziehungen zwischen Mikroorganismen und Infectionskrankheiten weiter klarzulegen; selbst nach Beendigung der Krankheit, in der Rekonvalescenz, sind sie weiter nöthig, um zu eruiren, wie lange die Keime sich im Organismus lebensfähig erhalten. Die Therapie dieser Erkrankungen scheint sich gleichfalls auf eine bakteriologische Grundlage stellen zu wollen; die Herstellung von Heil- und Immunisirungsflüssigkeiten bedarf eines geschulten bakteriologischen Wissens und ausgiebiger Kenntniss und Ausführung von Thierexperimenten. Wenn auch für einzelne Krankheiten (Diphtherie, Tetanus) diese Heilmittel fabrikmässig dargestellt werden, so ist doch die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass gegebenenfalls an die wissenschaftliche Untersuchungsstation eines Fieberspitals die Forderung herantritt, für andere Affectionen ähnliche Substanzen zu bereiten. Um blos ein Beispiel anzuführen: sollten sich die Haffkin'schen Schutzimpfungen gegen Cholera und Pest bewähren, und würden bei plötzlich auftretender Cholera oder Pest die immunisirenden Stoffe rasch vonnöthen sein, so bliebe nichts anderes übrig, als diese Arbeitsstätten mit ihrer Anfertigung zu betrauen, ev. nach der E. Buchner'schen Methode durch Zerreiben und Auspressen der Reinculturen die betreffenden Zellsäfte zu liefern. Zu all diesen Zwecken muss eine gute Einrichtung und eine nicht zu geringe Dotation bewilligt werden. Zur Leitung ist, wie Gärtner sich ausdrückt, „ein ausgereifter Mann zu berufen, der besonders in den zu behandelnden Fragen vorgebildet ist, und der vollständig unabhängig von seinen Collegen und ordentlich bezahlt, in dieser Arbeit seinen Lebenszweck erblickt." Diese Station sollte den Aerzten der betreffenden Stadt und den Behörden zu allen bakteriologischen und hygienischen Untersuchungen zugängig sein. Sie soll eben neben ihren wissenschaftlichen Zielen noch eminent praktischen Bedürfnissen Rechnung tragen. — Als Muster für eine derartig wissenschaftliche und praktische Verwerthung der Bakteriologie in Verbindung mit einem Isolirhospital darf wohl das Institut für Infectionskrankheiten in Berlin, das unter der Leitung von R. Koch steht, gelten. Dass derartige Untersuchungsstationen nicht überflüssig sind, geht daraus hervor, dass sie in einer grossen Anzahl von amerikanischen und auch in einigen deutschen Städten (Hamburg,

Bremen etc.) eingerichtet worden sind und mit Erfolg functioniren. Wir verlangen nur, dass sie im Anschluss an die Isolirspitäler gegründet werden, weil sie hier wohl die segensreichste Thätigkeit entfalten können.

Die Pavillons eines Isolirspitals sollen absolut frei liegen, d. h. sie sollen mit den Nachbarpavillons nicht durch Korridore in Verbindung stehen. Sind genügende Mittel disponibel, so ist den eingeschossigen Pavillons vor den zweigeschossigen der Vorzug zu geben. Interessant ist die Combination beider, wie sie im Stockholmer Epidemiekrankenhaus durchgeführt ist: ein zweigeschossiger Mittelbau mit Küche, Bad, Closets, Sprechzimmer, Wärterstube, Krankensälen und Einzelzimmern wird von zwei eingeschossigen Seitenflügeln flankirt, die je einen Saal mit 10, einen kleineren mit 5 Betten und einen Tageraum aufweisen; die eine Abtheilung dient für Männer, die andere für Frauen derselben Krankheitskategorie.

Jeder einzelne Pavillon darf jedesmal immer nur mit Kranken derselben Kategorie belegt werden, es sei denn, dass er gleich von Anfang an durch eine entsprechende Anlage, z. B. durch dichte Scheidewände in zwei oder mehrere Abtheilungen zerlegt wurde, von denen jede ihren gesonderten Eingang besitzt. Eigene Theeküche, Baderäume, Aborte, Wärterzimmer und Tageräume für die Reconvalescenten sind absolut erforderlich; ausser einem Hauptkrankensaal sind noch einige Zimmer mit einem oder zwei Betten für die Unterbringung Schwerkranker oder Unruhiger erwünscht.

Die Zahl der Betten in einem grossen Krankensaal darf von vornherein nicht allzu gross, d. h. nicht über 20, gewählt werden, da es sich doch wohl meistens um schwere, intensiver Pflege bedürfende Affectionen handelt. Bei Pocken, Diphtherie und Flecktyphus geht man sogar noch unter diese Zahl herunter und beschränkt sich auf 8—12 Betten. Es ist deswegen recht zweckmässig, in grösseren Isolirspitälern Pavillons und Säle von verschiedener Bettenzahl zur Verfügung zu haben, um je nach Bedürfniss, je nach dem Vorherrschen der einen oder anderen ansteckenden Krankheit die einzelnen zu belegen. Im Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus finden sich zwei Typen von Isolirpavillons, grössere für 15 und kleinere für 4 Betten in zwei Zimmern; letztere erfüllen noch den Zweck, zweifelhafte Kranke, bei denen die Diagnose noch nicht feststeht, zur Beobachtung aufzunehmen. Das Stockholmer Epidemiekrankenhaus besitzt einen originellen Beobachtungspavillon, in dem acht vollständig getrennte, in einem Halbkreis gruppirte Zimmer zu je zwei Betten vorhanden sind, die eine strenge Isolirung bequem ermöglichen.

Der Luftraum für die einzelnen Patienten ist hier höher zu bemessen als in den Allgemeinspitälern; 60 cbm, bei guter Ventilation 40 cbm, dürften wohl genügen. Nach Ruppel wird für Heizung und Ventilation am besten durch Combination von Fussbodenheizung und Firstlüftung gesorgt, weil dadurch eine Lufterneuerung von 90—120 cbm, bei Pocken von 150 cbm pro Stunde erreicht werden kann. Eine ausgiebige

Luftzufuhr, die ja gerade in der Therapie der Infectionskrankheiten so sehr erwünscht ist, lässt sich beim Pavillonsystem leicht erzielen; was die künstliche Beleuchtung anlangt, so ist wohl die elektrische die vortheilhafteste.

Einzig in ihrer Art sind die bei London und in der Nähe grösserer Hafenplätze Englands auf Schiffen errichteten, schwimmenden Isolirhospitäler, welche in London für Pockenkranke, an anderen Orten zur Beobachtung von zugereisten Seucheverdächtigen dienen. Die drei „Hospital ships" Londons liegen 15 englische Meilen unterhalb der Stadt auf der Themse und sind durch Gänge miteinander verbunden; das mittlere ist für Verwaltungszwecke reservirt; das eine, ein Dreidecker, ist durch Erweiterung der Schiffsluken zu Fenstern und durch Herstellung eines grossen mittleren Verbindungsschachtes in drei übereinanderliegende Säle für 40, 50 und 60 Betten umgewandelt; das andere trägt auf seinem Verdeck fünf zweistöckige Häuser mit je zwei grossen Räumen, die zusammen mit 150 Betten belegt sind. Der Transport der Kranken nach den Pockenschiffen wird durch 5 mit Betten und dem nöthigen Pflegepersonal ausgestattete Dampfer von drei verschiedenen Landungsplätzen aus besorgt, von denen zwei noch eine Beobachtungsstation für verdächtige Patienten besitzen.

Die Forderung, selbständige Isolirspitäler zu errichten, ist mit Ausnahme von England in keinem Lande befriedigend erfüllt. Man hat sich im besten Falle darauf beschränkt, den bestehenden allgemeinen Krankenhäusern besondere Infectionsabtheilungen anzugliedern und für grosse Epidemien (Cholera etc.) temporäre Unterkunftsräume vorzusehen. Die ständigen Isolirräume zeigen gleichfalls meist den Pavillontypus; sie unterscheiden sich eigentlich von den Fieberspitälern nur dadurch, dass sie keine gesonderte Verwaltung und Oekonomie besitzen. Von dem übrigen Krankenhaus sind sie möglichst weit entfernt.

Reichen die vorhandenen Baulichkeiten nicht aus, so tritt die Forderung an uns heran, in kürzester Frist auf dem für diesen Fall vorgesehenen Terrain der Fieberspitäler sowohl als auch der allgemeinen Krankenhäuser zweckentsprechende temporäre Unterkunftsräume zu beschaffen. Früher nahm man seine Zuflucht zur Errichtung von Holzbaracken, die auch jetzt noch bei manchen Gelegenheiten genügen müssen. Dieselben bekommen einen Anstrich von Oelfarbe, und, wenn die Zeit reicht, einen Cementfussboden. Drängt die Zeit aber, und ist der Untergrund nicht allzu durchlässig, so thut es auch ein hohlgelegter Holzfussboden, der event. mit Linoleum gedichtet werden kann. Statt Holz verwendet man auch verzinktes Wellblech, das jedoch den Nachtheil zu grosser Wärmedurchlässigkeit aufweist, weswegen die Innenwände eine Bretter- oder vortheilhafter eine Gipsdielenverkleidung erhalten. Die Gipsdielen spielen auch sonst noch bei der raschen Anlage von Baracken eine Hauptrolle wegen ihrer Feuersicherheit und ihrer schweren Zugänglichkeit für Infectionskeime. Man errichtet in neuerer Zeit sehr häufig einfach ein leichtes Holzgerüst und bedeckt sowohl Innen- wie

Aussenwand mit Gipsdielen. Eine Füllung des Zwischenraumes findet nicht statt; nur ist auf ausgiebige Lüftung vermittels Ein- und Ausströmungsöffnungen zu achten. Sollen diese Gipsdielenbaracken zu einer dauernden Anlage sich gestalten, so ist zunächst das Holzfachwerk durch Asphalt oder Carbolineum gegen Fäulniss zu schützen; die äusseren Wände erhalten dann einen Kalk-Cementverputz oder werden gleich von vornherein aus Cementgipsdielen aufgeführt. — Die vorhin erwähnte Wellblechbaracke lässt sich leicht in ihre einzelnen Bestandtheile zerlegen, aufbewahren und weitertransportiren, so dass wir in ihr gewissermaasen schon den beweglichen Typus vor uns haben, der in der Neuzeit zur Improvisirung von Isolirspitälern sehr häufig herangezogen wird. Die bekanntesten Baracken sind folgende:

1. Die Döcker'sche: setzt sich aus Holzrahmen zusammen, die auf beiden Seiten einen Ueberzug von gefirnisster, feuersicherer Leinwand tragen; der Zwischenraum bleibt entweder unausgefüllt, oder erhält eine Einlage von die Wärme schlecht leitendem Material.
2. Die Nieden'sche: besitzt ein eisernes Gerüst, in welches die innen mit Leinwand, aussen mit Dachpappe überzogenen Rahmen eingesetzt werden.
3. Die Grove'sche: stellt eine Stahlblechbaracke dar, deren innere Wand aus ölgetränkten Brettern besteht.

Zeltbaracken werden wohl hauptsächlich nur in Kriegszeiten in Gebrauch gestellt; ein recht praktisches Modell liefern Stromeyer & Cie. Das Zelt besteht aus einer äusseren Lage von wasserdichtem Stoff und einer inneren aus Segeltuch gefertigten. Die Eintheilung in verschiedene Räume bewirken Vorhänge aus Segelleinwand. Wenn möglich wird auch ein hölzerner Fussboden gelegt und in jedem Fall ein Graben um das Zelt gezogen, um das Regenwasser vom Eindringen abzuhalten.

Immer müssen wir, auch wenn wir uns ihre nicht zu unterschätzenden Vortheile vergegenwärtigen, uns dessen bewusst bleiben, dass die transportablen Baracken nur Nothbehelfe darstellen; sie sind schwer rein zu halten, bieten grosse Feuersgefahr und sind bedeutenden Temperaturschwankungen ausgesetzt. Im Winter sind sie, wenigstens in unserem Klima, gar nicht zu verwerthen.

Während des Aufenthalts der Patienten in den Isolirräumen bedarf der Besuch der Anverwandten einer Regelung nach bestimmten Prinzipien. Den Besuch zu verbieten, wie es von einzelnen Seiten vorgeschlagen ist, dürfte ganz und gar nicht angängig sein; im Gegentheil sind wir der Meinung, dass auf Verlangen die Kranken täglich gesehen werden können. Im Interesse des Dienstes sind hierfür bestimmte Stunden anzusetzen; eine Ausnahme ist dann zuzulassen, wenn es dem Patienten schlecht geht; in dem Fall tritt sogar für die Verwaltung die Verpflichtung ein, die Familie zu benachrichtigen. — Nur indem wir so handeln, indem wir die Freiheit des Einzelindividuums möglichst wenig beschränken, dürfen wir uns der Hoffnung hingeben, die beim Publikum

leider immer noch bestehende Abneigung gegen die Hospitalbehandlung wirksam zu bekämpfen. Die Besucher erhalten in angemessener, nicht übertriebener Weise eine Belehrung über die Ansteckungsgefahr, der sie sich und durch den Transport der Keime auch dritte Personen aussetzen (Besucher von Pockenkranken müssen unbedingt vaccinirt sein!). Sie ziehen deswegen leicht desinficirbare Ueberkleider an, die im Vorraum des Krankensaals zu ihrer Verfügung hängen und deren sie sich nach dem Verlassen wieder entledigen, indem sie sich gleichzeitig unter Aufsicht die Hände und event. das Gesicht desinficiren. Alles dieses geschieht in möglichst unauffälliger Weise; wir haben die Pflicht, dem Publikum die maasslose Angst vor den Infectionskrankheiten, die „Bacillenfurcht“ auszutreiben, dadurch, dass wir ihm zeigen, dass der Verkehr mit ansteckenden Kranken, wenn nur bestimmte Vorsichtsmaassregeln nicht ausser Acht gelassen werden, ohne grosse Gefahr möglich ist. In dieser Richtung auf die Oeffentlichkeit einzuwirken, wäre höchst verdienstvoll.

Ist der Patient geheilt, zeigt er klinisch keine Krankheitssymptome mehr, so lässt er sich meistens im Spital nicht mehr zurückhalten, trotzdem es eigentlich wegen der Persistenz der Krankheitserreger im Organismus in nicht so seltenen Fällen nöthig wäre, ihn noch länger zu isoliren. Wir kommen dieser Forderung am ehesten durch Gründung von Rekonvalescentenhäusern entgegen, die gleichfalls nach dem Pavillonsystem einzurichten sind, um auch hier noch die Trennung nach verschiedenen Krankheitskategorien durchzusetzen. Vor der Ueberführung in ein Rekonvalescentenheim und später noch einmal vor der endgültigen Entlassung erhält jeder Patient ein Reinigungsbad und frische, resp. seine eigene desinficirte Wäsche und Kleidung. London besitzt sogar zum Transport der Rekonvalescenten besondere Omnibusse.

Mit der Isolirung der ansteckenden Kranken allein ist jedoch nicht Alles gethan. Wir haben bereits wiederholt darauf hingedeutet, dass Alles, womit der Patient, resp. die Krankheitsproducte in Berührung gekommen sind, unschädlich gemacht werden muss. Es kommt also als zweiter, nicht minder wichtiger Factor unter den Maassregeln zur Verstopfung der Infectionsquellen, die von dem Kranken selbst ausgehen, die **Desinfection**, die Beseitigung der Krankheitskeime in Betracht. Wir haben hierzu verschiedene Mittel zu unserer Verfügung, von denen die einen die mechanische Entfernung, die anderen die directe Abtödtung der Keime bezwecken. Zu den ersteren gehören Reiben, Bürsten, Waschen, Abspülen etc.; sie wurden früher fast einzig und allein verwendet, sind aber heute wohl nur noch in Verbindung mit denjenigen der zweiten Gruppe in Gebrauch. Zur letzteren rechnen wir die chemischen Desinficientien, weiter die feuchte und trockene Hitze. Allen möglichen chemischen Gruppen (Säuren, Alkalien, Salzen, aromatischen Körpern etc.) zugehörig wirken die chemischen Desinficientien in der grossen Mehrzahl abschwächend und entwicklungshemmend, in genügender Concentration und nach genügend langer Einwirkung tödtend auf die

Mikroorganismen. Die einzelnen Körper sind seit der klassischen Arbeit von R. Koch des öfteren experimentell auf ihre desinficirende Kraft untersucht worden. Wir sind nicht in der Lage, auf diese Versuche einzugehen, da ihre Ergebnisse doch keinen absolut zuverlässigen Maassstab für die praktische Brauchbarkeit eines Mittels an die Hand geben. Für die Praxis haben wir eben noch zu rechnen mit der grösseren oder geringeren Löslichkeit eines Desinficiens, mit seiner Fähigkeit, in das Object einzudringen, mit seiner chemischen Beschaffenheit, von der es abhängt, inwieweit die Gegenstände durch den Desinfectionsact leiden und mit vielem Anderen mehr. Schliesslich sind auch noch die Kosten zu berücksichtigen, speciell wenn es darauf ankommt, eine Desinfection in grossem Maassstabe durchzuführen. Was das Keimfreimachen durch Hitze anbelangt, so ist die einfachste Art, dieses zu bewerkstelligen, das Auskochen, schon recht lange in Gebrauch. Wohl sämmtliche pathogenen Mikroben werden durch halbstündiges Verweilen in kochendem Wasser abgetödtet. Die meisten unserer Haushaltungsgegenstände ertragen jedoch die Behandlung mit siedendem Wasser nicht, für sie hat R. Koch die Anwendung der trockenen Hitze und des Dampfes kennen gelehrt. Diese Art der Desinfection hat in der Neuzeit grosse Bedeutung erlangt; sie wird in besonders zu diesem Zweck construirten Apparaten ausgeführt, die in eigenen Anstalten untergebracht werden (s. S. 206).

Wir wenden uns nun zunächst zur Beschreibung der während des Verlaufs der Krankheit selbst zu treffenden Maassnahmen behufs Desinfection der Krankheitsproducte; ihre Ausführung liegt bei der Privatkrankenpflege ganz und gar dem Wartepersonal ob, das seine diesbezüglichen Instructionen vom behandelnden Arzte empfängt.

Zur Desinfection der Faeces eignet sich am besten der Kalk. Der Wärter giesst zunächst in das Stechbecken, das den betreffenden Stuhl aufnehmen soll, etwas Kalkmilch, um den Boden des Gefässes zu bedecken; nach vollendeter Defäkation setzt er eine der Menge des Koths ungefähr gleiche Quantität derselben Lösung hinzu, schüttelt tüchtig um, zerdrückt event. geformte Ballen oder consistente Massen mit einem Stückchen Holz, welches nachher verbrannt wird, zu dünnem Brei und lässt das Gemisch, das stark alkalisch sein muss, eine Stunde lang stehen. Nach Ablauf dieser Frist darf man sicher erwarten, dass die Mikroorganismen abgetödtet sind, dass die Faeces ohne Anstand in den gemeinschaftlichen Abort entleert werden dürfen. Die Kalkmilch bereitet man täglich neu, indem man zu ungelöschtem Kalk in Holzeimern oder Steinkrügen so viel Wasser giesst, als jener aufnimmt; dieser so gelöschte Kalk wird dann noch mit 4 Theilen Wasser versetzt. An Stelle der Kalkmilch leistet auch der theurere Chlorkalk gute Dienste, der als Pulver oder frisch hergestellter Brei (20 : 100 Wasser) im Verhältniss von 1 : 100 mit den Abgängen vermengt und 15 Minuten lang stehen gelassen wird.

Will man andere Desinficientien heranziehen, so hat man noch die

Wahl zwischen Lysol, Schwefelcarbolsäure, roher Carbolsäure in Seifenlösung und Rohsolutol. Man hält sich dieselben zweckmässig in 5procentigen Lösungen vorräthig, giesst dann eine dem Faecesuringemisch gleiche Menge zu, rührt um und entleert nach 15—30 Minuten in das Kloset. Zur schnellen Desinficirung innerhalb 5—10 Minuten hat sich die Behandlung der Faecalien mit derselben Menge einer 3procentigen Kreolinlösung, die mindestens 15 pCt. Kresol enthält, als geeignet erwiesen.

Der Urin wird in gleicher Weise unschädlich gemacht; im Uebrigen findet er schon dadurch meist seine Erledigung, dass die Kranken ihn gleichzeitig mit dem Koth entleeren. Die Desinfection des Erbrochenen erfolgt ebenfalls nach denselben Grundsätzen wie die der Faeces.

Eine besondere Desinfection des Aborts halten wir bei strikter Befolgung obiger Vorschriften kaum für nöthig. Kam jedoch die Krankheit zu spät zur Erkenntniss, wurden infolgedessen die Faeces nicht unschädlich gemacht, so lassen wir eine Desinfection des Aborts und der seinen Inhalt aufnehmenden Tonnen oder Gruben folgen. Das Sitzbrett ist mit Kalkmilch oder Carbolwasser gründlich abzureiben, ebenso der Fussboden. Bei den Gruben und Tonnen nehmen wir wieder unsere Zuflucht zur Kalkmilch in der Weise, dass pro Person 3 g gelöschter Kalk oder besser 30 ccm Kalkmilch gerechnet werden, für den Fall, dass nur die Faeces, die auf 400 ccm täglich veranschlagt werden, hineingelangen; kommt der Urin noch hinzu, so zählen wir auf 1500 ccm Gesammtmenge, und es erhöht sich die zu verwendende Kalklösung auf 120 ccm. Die Flüssigkeit wird beim Tonnensystem vollständig, bei den Gruben zur Hälfte durch den Trichter, zur Hälfte in die Grube direct eingegossen. Statt der Kalkmilch kann man sich auch hier Lösungen von Lysol, Schwefelcarbolsäure, Rohsolutol bedienen, welche man in solcher Menge zusetzt, dass eine etwa 2proc. Mischung entsteht. Vor der Entleerung der Tonnen selbst ist ihre Aussenseite und ihr Deckel durch gründliches Abbürsten mit Carbolseifenlösung oder Kalkmilch zu säubern. Die Gruben werden nach Ausräumung der in ihnen enthaltenen Faecalien mit Besen, die in Kalkmilch getaucht werden, ausgefegt und ihre etwa verunreinigte Umgebung mit Kalkmilch übergossen.

Einzelne Autoren haben besondere Vorrichtungen (Faecalkocher) angegeben, um die Faeces auch nach der Behandlung mit Kalkmilch noch zu kochen; sie beseitigen den üblen Geruch, der dabei entsteht, durch Hinzufügung von 5proc. Kaliumpermanganatlösung. — Stehen in Kriegszeiten bei Barackenlazarethen keine Desinfectionsmittel zur Verfügung, so bleibt nichts anderes übrig, als die Abgänge in 2—3 m tiefen Gruben zu vergraben. Nachtheile wird ein derartiges Verfahren kaum nach sich ziehen, da ja auch das sonst geübte Vergraben pathogener Keime mit den Leichen nach zahlreichen diesbezüglichen Versuchen, die speciell im Reichsgesundheitsamt systematisch durchgeführt wurden, sich als unschädlich erwiesen hat.

Etwas einfacher gestaltet sich die Desinfection des Sputums.

Früher ging die herrschende Ansicht dahin, dass nur in der Verstäubung des in Taschentücher, auf den Boden u. s. w. entleerten und angetrockneten Auswurfs die Gefahr der Krankheitsverbreitung bestehe. An der Spitze der ganzen Betrachtung über die Unschädlichmachung des Sputums stand deshalb immer der Grundsatz, dass dasselbe feucht in Speigläsern, deren Boden mit Wasser bedeckt ist, aufgefangen und zunächst bewahrt werden sollte. Nun hat aber Flügge in neuerer Zeit nachgewiesen, dass das trockene, zerstäubte Sputum nicht diejenigen Gefahren nach sich zieht, die man ihm bisher zugeschrieben hat, dass wenigstens experimentell bei derjenigen Krankheit, welche in erster Linie diesen Infectionsmodus darbieten sollte, bei der Tuberkulose, eine Uebertragung auf diesem Wege so gut wie nicht zu erzielen ist. Eine Luftinfection durch das Sputum tritt nach dem genannten Autor nur dann ein, wenn, wie das die Regel, mit Mikroorganismen beladene Auswurftheilchen beim Husten, Niesen, lauten Sprechen in die Zimmerluft gelangen und so in feuchtem Zustand eingeathmet werden. Die Experimente, auf die Flügge sich basirt, sind, wie wir glauben, einwandsfrei; es lässt sich vorläufig jedoch noch nicht absehen, inwieweit sie eine Umänderung der bisher gültigen Anschauungen über die Infectionstüchtigkeit des Auswurfs nach sich ziehen werden. Jedenfalls ist es jetzt Pflicht, hustende infectiöse Kranke anzuhalten, gleich bei den ersten Hustenstössen sich des mit einem Deckel (damit keine Verschleppung durch Insecten stattfindet!) versehenen Speiglases zu bedienen und nicht erst zu warten, bis sich genügende Flüssigkeitsmenge im Munde angesammelt hat. Gross ist allerdings die Gefahr, wie Flügge selbst angiebt, nicht, da die angeschuldigten Sputumtheilchen schliesslich doch zu Boden sinken. Mit unseren gewöhnlich gebräuchlichen Antisepticis den Auswurf zu desinficiren, ist nicht angängig, da durch sie an der Aussenschicht der Sputumballen eine Gerinnung des Eiweisses zustande kommt, die es verhindert, dass die im Innern sich aufhaltenden Mikrobien mit dem Mittel in Berührung kommen. Nur Lysol und Rohsolutol bieten diesen Nachtheil nicht; sie haben sogar noch die angenehme Eigenschaft, das Sputum zu verflüssigen; wir empfehlen daher, sie im Verhältniss von 5—10 pCt. zuzusetzen und 12 Stunden einwirken zu lassen. Kirchner befürwortet mit Recht die Desinfection durch Hitze; er hat zu dem Zweck einen eigens construirten, dem Soxhlet'schen Milchkocher ähnlichen Apparat angegeben, in dem die Speigläser mit Inhalt eine halbe Stunde lang Dampf von 100° ausgesetzt werden; derselbe hat jedoch den Nachtheil, dass ein Theil der Gläser dabei springt. In Familien wird man sich damit begnügen können, die Sputa in einen Topf zu schütten und sie eine halbe Stunde lang in Wasser kochen zu lassen; die strenge Innehaltung dieser Frist ist geboten wegen der schlechten Wärmeleitung der im Auswurf enthaltenen Ballen. Die Speigefässe selbst werden mit Lysol oder Rohsolutol gereinigt. Für den Fall, dass Taschentücher verwendet werden müssen, (bei Schwerkranken etc.) sind dieselben häufig zu wechseln und die gebrauchten in eine Desinfectionsflüssigkeit einzutauchen.

Im Anschluss hieran sei es uns gestattet, die Desinfection des Badewassers, der Abwässer und der Wasserleitungen zu berühren. Wir erreichen die Desinfection des Badewassers bequem, indem wir zu je 100 l desselben 2 l Kalkmilch hinzufügen und es erst nach einer Stunde ablaufen lassen; das entspricht bei dem Gehalt der Kalkmilch von 20 Volum- resp. 10 Gewichtsprocent Calciumhydroxyd einem Zusatz von 2 pM., d. h. ungefähr gerade so viel als Wasser von 30° C. zu lösen vermag.

Abwässer erweisen sich nach Pfuhl nach einer Stunde von Typhus- und Cholerabacillen frei, wenn sie mit einer Beimischung von 1,5 pCt. Calciumhydrat continuirlich in Bewegung erhalten werden. Koch liess bei Gelegenheit der Choleraepidemie in der Irrenanstalt Nietleben so lange Kalkmilch in die Rieselflüssigkeit einleiten, bis die am unteren Ende des Rieselfeldes im Hauptabzugsrohr erscheinende Flüssigkeit eine stark alkalische Reaction zeigte. Bei der Unschädlichmachung der Abwässer in Krankenhäusern ist, um an Desinficientien zu sparen, am vortheilhaftesten eine getrennte Sielanlage für die aus dem Spital selbst entstammenden Wässer und eine solche für das Regenwasser anzulegen. Erstere führt in ausgemauerte und cementirte Behälter, in welchen eine innige Vermischung des Inhalts mit Kalkmilch vollzogen wird. In Hamburg-Eppendorf dient ein besonderes Sielgrubenhaus mit Rührwerk diesem Zweige der Desinfection.

Die Desinfection der Wasserleitungen durch Kalkmilch ist wegen der ihr anhaftenden Gefahr der Verschlammung der Röhren nicht sehr zu empfehlen. Koch liess in Nietleben vom Pumpschacht aus 3proc. Carbolsäure in alle Theile der Leitung treiben und 24 Stunden darin stehen. Trotz der darauf folgenden ausgiebigen Durchspülung mit Wasser blieb lange Zeit ein Carbolgeschmack zurück. Schliesslich könnten hier auch Mineralsäuren in Frage kommen.

Bei der Unschädlichmachung der Krankenwäsche haben wir streng zwischen besudelter und nicht besudelter zu unterscheiden. Letztere ist leicht durch Dampf zu desinficiren, zu welchem Zweck sie einfach der Desinfectionsanstalt überwiesen wird (cf. S. 24); die beschmutzte muss dagegen zunächst von den eiweiss- und schleimhaltigen Stoffen, die ihr anhaften, befreit werden, da sonst diese Substanzen gerinnen und sich als Flecken in die Wäsche einbrennen. Um diese Verunreinigungen zu beseitigen, darf die landläufige Methode des Einweichens und Durchwaschens, die ja bei jedem Waschen vor dem eigentlichen Kochen stattfindet, nicht zur Anwendung gelangen, da hierbei einmal unbedingt eine Gefahr für das Waschpersonal vorliegt, und sodann die Keime durch das Spülwasser eine Verschleppung erfahren. Dass in der That eine derartige Möglichkeit vorliegt, beweist das häufige Befallenwerden der Wäscherinnen zu Typhus- und Cholerazeiten. Folgendes Verfahren kommt der Forderung, das Einweichen und Durchwaschen der Wäsche zu vermeiden, noch am ehesten entgegen; allerdings ist zu bemerken, dass es nur für nicht befleckte Wäsche gilt; da aber der Arzt

in Orten, wo keine Desinfectionsanstalten bestehen, nicht selten vor diese Aufgabe gestellt wird, so möge sie hier ihren Platz finden. Man stellt sich zunächst Petroleumseifenwasser her, indem man zu zwei Eimern Wasser (30 l) 250 g Schmierseife und zwei grosse Löffel voll Petroleum fügt; die Mischung wird zum Sieden gebracht, die Wäsche auf eine halbe Stunde hineingegeben, dann nach Ablaufen des Seifenwassers in kaltem Wasser gespült, in heissem Wasser mit Seife gewaschen, wiederum kalt gespült, eine Nacht hindurch in reinem Wasser liegen gelassen und schliesslich an der Luft getrocknet.

Beschmutzte Wäsche mit unseren gewöhnlichen Desinficientien Carbolsäure, Lysol in 3proc. Lösungen u. s. w. zu behandeln, stösst in der Praxis auf pekuniäre Bedenken; der Verwendung des Sublimats im Grossen steht seine Giftigkeit im Wege. Am empfehlenswerthesten erscheint uns das Verfahren, wie es das Choleraregulativ angiebt, jedoch nur mit der von Beyer, einem Schüler von Gärtner, angegebenen Modification. Die Wäsche verbleibt 3 Stunden in 3proc. Schmierseifenlösung, die aber — und darin besteht die Verbesserung! — auf 50° C. (diese Temperatur liegt unterhalb des Eiweissgerinnungspunktes!) erwärmt ist; darauf lässt man sie noch 48 Stunden in der mittlerweile sich abkühlenden Flüssigkeit liegen, wonach man sie jetzt ohne Bedenken weiter verarbeitet.

Da eine sofortige Reinigung oder ein sofortiger Transport der Krankenwäsche in die Desinfectionsanstalt nicht immer erfolgen kann, so muss man sein Augenmerk auch noch auf eine zweckmässige Aufbewahrung richten. Die Wäsche wird in Sublimat- oder Carbolgetränkte Säcke gefüllt und in verschliessbaren, leicht zu desinficirenden Kisten aufbewahrt. Gegen die Verwendung von Abwurfschächten, wie z. B. im Hamburg-Eppendorfer Krankenhause, welche die Wäsche in einen im Keller befindlichen Kasten fallen lassen, ist grundsätzlich nichts einzuwenden, wenn die Wäsche in der eben angegebenen Weise verpackt und die Schächte selbst aus glasirten Steinen oder sonstigem leicht abwaschbarem Material bestehen und eigene Ventilationsrohre besitzen.

Auf die Desinfection der Hände hat das Wartepersonal die allerpeinlichste Sorgfalt zu verwenden. Man reinigt zunächst die Hände nach Entfernung des Nagelschmutzes in warmem Wasser mit Seife und Bürste 3 Minuten lang, lässt ein sorgfältiges Abreiben mit 90 proc. Alkohol folgen, wobei besonders wieder die Fingerspitzen und Nägel zu berücksichtigen sind und beschliesst die ganze Procedur durch Abbürsten in 1 p. M. Sublimatkochsalz- oder 3 proc. Carbollösung (auch 3 proc. Kreolin- oder Lysollösung). Die hierzu benutzten Nagelbürsten werden am besten in 1 p. M. Sublimat aufbewahrt.

Was der Kranke an Speisen übrig lässt, wird verbrannt oder erst nach nochmaligem Aufkochen als Viehfutter benutzt. Das Essgeschirr lässt sich durch Kochen in Wasser, das am besten einen Zusatz von ca. 1 pCt. Soda erhält, reinigen. Desgleichen sind die einmal ge-

brauchten Medicinflaschen nicht vor der Desinfection wieder in die Apotheke zu tragen; im Privathause gelte es als Regel, die alten Flaschen zu vernichten. Alle Instrumente (Thermometer, Stethoskop etc.) sind nach dem jeweiligen Gebrauch mit 3—5 proc. Carbolsäure zu desinficiren. Bei dieser Gelegenheit möchten wir auch erwähnen, dass die Untersuchungsinstrumente des Arztes in dieser Beziehung keine Ausnahmestellung einnehmen, ebenso wenig wie das für den Arzt selbst in Bezug auf seine Person der Fall ist.

Während es sich bei unserer bisherigen Besprechung, abgesehen von den angedeuteten Ausnahmen (Abwässer etc.), um die Desinfection im Kleinen, wenn wir uns so ausdrücken dürfen, handelte, um Maassnahmen, wie sie ohne grosse Kosten eintretendenfalls überall anwendbar sind und angewendet werden müssen, so richten wir jetzt unsere Aufmerksamkeit auf die Desinfection im Grossen. Dieselbe kann nur in eigens dazu erbauten Anstalten vorgenommen werden, wie sie eigentlich ein jedes etwas grössere Gemeinwesen, seinen Bedürfnissen entsprechend, auf öffentliche Kosten erstellen sollte. Sie müssten der Benutzung durch das Publikum offen stehen und zwar im Allgemeinen unentgeltlich; sie müssten eine eigene Verwaltung und ein eigenes geschultes Dienstpersonal besitzen. Ob die öffentliche Desinfectionsanstalt mit der des Krankenhauses zu vereinigen sei, darüber lässt sich streiten. In grossen Gemeinwesen würden wir unbedingt zwei getrennte lieber sehen; in kleineren Städten bleibt wohl schon der Kosten wegen nichts Anderes übrig, als sich mit einer einzigen Desinfectionsanstalt zu begnügen. Als eine der wichtigsten Forderungen bei der Errichtung einer Desinfectionsanstalt stellen wir die Unterbringung derselben in einem eigens dazu erbauten Gebäude hin; stehen nur einzelne Räumlichkeiten in einem im Uebrigen anderen Zwecken dienenden Hause (Waschküche etc.) zur Verfügung steht, so sorgt man in erster Linie für strenge Abschliessung und Isolirung. Die Desinfectionsanstalt besteht aus zwei gesonderten Abtheilungen, einer für die zu desinficirenden und einer zweiten für die desinficirten Objecte; in beiden fungirt am besten gesondertes Personal, welches sich auf telephonischem Wege verständigt. Ist letzteres Postulat aus irgendwelchen Gründen unerfüllbar, so muss der Desinfector, nachdem er den für die zu desinficirenden Gegenstände bestimmten Raum verlassen hat, seine Kleider wechseln, sich Gesicht und Hände gründlich reinigen und einen frischen leinenen Ueberrock anziehen, ehe er mit den desinficirten Sachen in Berührung kommt. Die eigentlichen zur Desinfection dienenden Apparate stehen dicht in die feste, beide Abtheilungen trennende Wand eingelassen und reichen, wie wir uns kurz ausdrücken wollen, gleich weit in die inficirte und desinficirte Hälfte hinein.

Die Infectionsseite enthält einen Annahmeraum für die unreinen Sachen, die hier sofort sortirt werden, um zum Theil dem Dampf, zum Theil der chemischen oder anderweitigen Reinigung überantwortet zu werden. Die Desinfection vermittels Wasserdampfs geht in gesonderten Apparaten vor sich, die einen genügenden Fassungsraum aufweisen, um

selbst ganz grosse Gegenstände, wie Matratzen, Betten etc. aufzunehmen. Sie sind derart eingerichtet, dass der Dampf vollständig mit Feuchtigkeit gesättigt ist, dass er nicht die geringste Beimengung von Luft enthält, da man sich sonst auf die Keimfreimachung nicht verlassen kann. Dies wird in der Regel dadurch erreicht, dass die Dampfeinströmungsstelle am höchsten Punkte liegt, während die Luft mit dem sich bildenden Condensationswasser unten abfliesst. Um das Eindringen von Luft in das Innere der Desinfectionskammer zu verhindern, sorgt man für einen geringen Ueberdruck, indem man einfach die Luftabflussöffnung etwas verengert. Sobald der Apparat sich in Thätigkeit befindet, schlägt sich an den darin befindlichen kühleren Gegenständen und an den Wänden Condenswasser nieder; wir bekommen dadurch einen Verlust an Dampf, der deswegen immer wieder durch neu einströmenden ausgeglichen werden muss. Die Desinfection findet also in strömendem Dampf statt; ein starker Strom hat nur im Anfang Berechtigung, um die Luft möglichst rasch zum Entweichen zu bringen; ist dieser Zeitpunkt erreicht, so haben wir nur noch für so viel frische Dampfzufuhr zu sorgen, als der Verlust durch Condensation beträgt; zu diesem Zweck ist das Dampfzuführungsrohr mit einem Manometer und einer Regulirung versehen.

Eine allzu starke Condensation, wodurch die Objecte zu sehr durchnässt würden, vermeiden wir besser dadurch, dass wir zuerst anwärmen und darauf erst dem Dampf den Zutritt gestatten. Wir brauchen dann nach Beendigung der Desinfection die leicht angefeuchteten Gegenstände nur tüchtig zu schwenken oder der Luft auszusetzen, um sie rasch zu trocknen. Bei einzelnen Apparaten lässt sich dieses noch bequemer durch Zuführung trockener, erwärmter Luft nach Aufhören des Dampfzuströmens erzielen.

Damit eine sichere Desinfection stattfindet, ist es absolut nöthig, dass überall eine Temperatur von 100 ⁰ C. herrscht; um sich dessen zu vergewissern, kann man elektrische Klingelthermometer mitverpacken, die ihr Signal ertönen lassen, sobald die 100 ⁰ erreicht sind. Nach Gärtner legt man statt dessen am zweckmässigsten ein Thermometer an die Grenze vom unteren dritten und vierten Viertel, weil die Erwärmung eben von oben nach unten fortschreitet; ganz unten zu controlliren, hat deswegen keinen Sinn, weil hier immer eine etwas höhere Temperatur vorhanden ist in Folge des neben der herausfallenden Luft immer eindringenden Dampfes. Statt der Klingelthermometer verwendet man einfacher Maximalthermometer, die allerdings erst nach dem Herausnehmen der desinficirten Wäsche etc. abgelesen werden können.

Als Dampfquelle benutzt man entweder bereits vorhandene Kessel (aus der Waschküche u. dergl.), oder man construirt einen eigenen, der gesondert aufgestellt wird oder die Desinfectionskammer mantelförmig umgiebt.

Bei uns in Deutschland findet die Dampfdesinfection meist mittelst ungespannten, gesättigten Dampfes statt; allerdings functioniren die grossen Desinfectionsapparate mit einem kleinen Ueberdruck von $^1/_{10}$ Atmo-

sphäre ungefähr, jedoch nur um mit voller Sicherheit rasch die Temperatur von 100 ⁰ zu erzielen. In Frankreich bedient man sich zur Desinfection mehr des gespannten gesättigten Dampfes mit $^1/_2$—1 Atmosphäre Ueberdruck (110—120 ⁰), wodurch sich das ganze Verfahren entschieden abkürzen lässt; hierbei muss noch mehr darauf geachtet werden, dass keine Spur von Luft in den betreffenden Apparat zurückbleibt, da sonst Stellen resultiren, deren Temperatur weit unter der gewünschten liegt.

Die bekanntesten Desinfectionskammern sind die von Schäffer u. Walcker (mit Trockeneinrichtung vermittelst Dampfheiz-Rippenröhren), Rietschel u. Henneberg (mit Ventilationsvorrichtung und extra Dampfentwickler), Rohrbeck (mit Dampf-Luftabsaugungsapparat, um die inficirte Luft vor der Dampfeinleitung zu entfernen), Thursfield (mit mantelförmigem Dampfentwickler), Budenberg, Schimmel, Schmidt u. A. m. Als Autoklaven (Apparate mit gespanntem Dampf) sind am meisten die von Genest u. Herrscher in Gebrauch. — Einzelne der genannten Firmen liefern fahrbare Desinfectionsöfen, die je nach Bedarf von Gemeinde zu Gemeinde transportirt werden; unbedingt nöthig sind dieselben nicht, da mindestens mit der gleichen Leichtigkeit die inficirten Gegenstände aus dem betreffenden Dorf in die nächst gelegene, im Besitz einer Desinfectionsanstalt befindliche Stadt gebracht werden können.

Welchem Desinfectionsofen man nun auch den Vorzug giebt, ist, soweit die leistungsfähigen grossen Firmen in Betracht kommen, füglich ganz gleichgültig. Man hat viel mehr darauf zu achten, dass der Apparat genau geprüft und eine eingehende Instruction für den Desinfector, der am besten zu gleicher Zeit auch ausgebildeter Heizer ist, geschaffen wird. In derselben finden Berücksichtigung: die Vorwärmung, die Zeitdauer bis zum Erreichen einer Innentemperatur von 50 ⁰ C., das Anheizen, d. h. die Zeit, welche nöthig ist, bis ausgiebige Dampfentwicklung stattfindet; weiter wie lange es dauert, bis die Temperatur im gefüllten Apparat überall 100 ⁰ beträgt. Ist letzterer Moment eingetreten, so rechnet man im Allgemeinen noch 5—10 Minuten bis zur Beendigung der Desinfection. Die inficirten Sachen werden auf ein fahrbares Gestell geladen (Schweres zu unterst!) oder daran aufgehängt und in den Desinfectionsraum hineingeschoben, wobei eine zu feste Verpackung vermieden werden soll, um dem eindringenden Dampf und der entweichenden Luft möglichst wenig Widerstand zu bieten. In dem Augenblicke, in welchem die Thür auf der Infectionsseite geöffnet wird, ist streng darauf zu achten, dass sie auf der anderen Seite geschlossen bleibt. Das Umgekehrte muss der Fall sein, wenn nach vollendeter Desinfection die Herausnahme der Gegenstände auf der anderen Seite erfolgt. Nach dem Trocknen bleiben die Sachen im Aufbewahrungsraum zur Abholung bereit liegen.

Durch Dampf lassen sich desinficiren: Kleider, nicht befleckte Wäsche, Matratzen, Decken, Betten, Vorhänge, Teppiche, Sophakissen, Läufer etc. Beim Verladen ist sorgsam darauf zu achten, dass die betreffenden Objecte nicht zu stark geknickt werden, da sonst infolge der

Dampfwirkung Falten entstehen, die nicht mehr zu entfernen sind. Leder- und Gummisachen ertragen die Dampfdesinfection nicht, da sie schrumpfen; ebenso wenig Pelze, unecht gefärbte Stoffe, Sammet und geleimte Möbel.

Da die grossen Krankenhäuser sich nicht darauf einlassen können, beschmutzte und unbeschmutzte Wäsche zu trennen, so werden beide gemeinschaftlich in derselben Weise, wie wir es vorhin bei der Desinfection im Hause angegeben haben, unschädlich gemacht. Dazu befinden sich in der Trennungswand zwischen den beiden Hälften der Desinfectionsanstalt neben den Dampfapparaten noch grosse Kochkübel, die mit zweitheiligen Deckeln derart verschlossen sind, dass sich der eine nur dann öffnen lässt, wenn der andere geschlossen bleibt, so dass also auch hier wieder die Sonderung der reinen und unreinen Abtheilung streng durchgeführt ist. Einzelne Anstalten besitzen ausserdem noch Behälter von 1—2 cbm Inhalt, in denen besudelte Wäsche in einer Lösung von 0,5 pM. Sublimat und 6 pM. Kochsalz desinficirt wird; nach sechsstündigem Verweilen darin kommt sie in fliessendes Wasser, um das Sublimat zu entfernen und kann dann in gewöhnlicher Weise gewaschen werden. — In jeder Desinfectionsanstalt muss auch Gelegenheit für die Bedienungsmannschaft und für sonstige Personen aus der Umgebung von Infectionskranken geboten sein, sich gründlich zu reinigen. Zu diesem Behuf befindet sich auf der inficirten Seite ein Auskleidezimmer, an das sich ein Baderaum anschliesst, der seinerseits in einen Ankleideraum mündet; letzterer enthält frische Wäsche und Kleidung und gehört zu der nicht inficirten Hälfte der Anstalt. In grösseren Betrieben sind mehrere derartige Badegelegenheiten vorzusehen, die dann auch recht gut im Keller untergebracht sein können.

Einen Dampfsterilisationsapparat im Nothfalle zu improvisiren, ist an Orten mit Fabrikbetrieb nicht allzu schwierig. Aus irgend einem Dampfkessel leitet man ein Abzugsrohr in einen Kasten oder in ein grosses Fass, wohinein die inficirten Effecten auf Latten gelegt und verpackt werden.

Alle werthlosen Gegenstände (Stroh, stark verunreinigtes Bettzeug und Matratzen, beschmutztes Verbandzeug, Kehricht, Speisereste etc.) werden am besten in eigens zu diesem Zweck construirten Oefen (Kori, R. O. Meyer) verbrannt. Jeder Krankenpavillon besitzt blecherne Eimer mit Deckeln, in welchen täglich diese Abfälle gesammelt und transportirt werden, um durch einen Einfüllungsschacht in den Ofen zu gelangen.

Bei der Besprechung der Desinfectionsanstalt haben wir bisher nur den inneren Betrieb im Auge gehabt; wir wenden uns jetzt zu der zweiten grossen Aufgabe, welche einer jeden solchen Anstalt obliegt, zum äusseren Betrieb, d. h. zur Desinfection der Krankenzimmer resp. Wohnungen, wie eine solche nach abgelaufener Infectionskrankheit in jedem Falle obligatorisch sein sollte.

Die Anstaltsverwaltung erhält auf besonderem Formular eine An-

meldung, worin die Krankheit und die Zahl und Art der zu desinficirenden Räume und Gegenstände auf das Genaueste verzeichnet sind, damit gleich in ausreichender Weise für Mannschaft, Wagen und Utensilien Sorge getragen wird. Die Bestimmung, wie weit die Desinfection gehen soll, welche Räume, welche Gegenstände gereinigt werden müssen, liegt einzig und allein dem behandelnden Arzt ob, der — das liegt auch wohl in der Natur der Sache! — dieses am besten beurtheilen kann. Wenn während des Krankheitsverlaufs auf das Penibelste auf alle bakterienführenden Producte Obacht gegeben wurde, so genügt unter Umständen eine partielle Desinfection des Krankenzimmers, d. h. des Bettes und seiner nächsten Umgebung. Auch für die Wohnungs-Desinfection werden besondere Desinfectoren ausgebildet, und während man für die Bedienung der Dampfapparate gerne gelernte Heizer und Maschinisten heranzieht, wählt man hier mit Vorliebe Tischler, Tapezierer, Maler u. s. w., kurz Handwerker, die eine gewisse Geschicklichkeit besitzen und gewohnt sind, mit den in Betracht kommenden Objecten sorgfältig und sachgemäss umzugehen.

Erweist es sich als nothwendig, eine ganze Wohnung zu desinficiren, was bei armen Leuten, die nur über wenig Zimmer verfügen, nicht so selten der Fall sein wird, so liegt es der Behörde ob, so lange für Unterkunftsräume zu sorgen, bis die Desinfection vollendet und die Wohnung wieder beziehbar ist. In London stehen für diesen speciellen Zweck besondere Baracken kostenfrei zur Verfügung.

Sind die Desinfectoren an Ort und Stelle angelangt, so bringen sie ihre Geräthschaften (Leitern, Eimer, Wäschebeutel, Desinfectionsmittel etc.) in die betreffende Wohnung, vertauschen ihren gewöhnlichen Dienstanzug mit dem Arbeitsanzug, versehen sich eventuell noch mit einem mit Wasser befeuchteten Schwammrespirator und begeben sich erst jetzt in das Krankenzimmer. Die nächste Aufgabe besteht nun darin, diejenigen Sachen, die sich für Dampfdesinfection eignen (cf. oben), in Tücher, die mit Carbolsäure oder Sublimatlösung getränkt sind, einzuhüllen, oder in ebenso behandelten Wäschebeuteln zu verpacken, um sie sofort in den mitgebrachten Transportwagen zu legen.

Solche Transportwagen müssen in jeder Desinfectionsanstalt zur Verfügung stehen und derart construirt sein, dass sie leicht mit irgend einer antiseptischen Lösung ausgewaschen werden können (Oelfarbenanstrich!) Für kleinere Betriebe genügen Handwagen; grössere erfreuen sich wohl immer des Besitzes von bespanntem Fuhrwerk. Letzteres dient ev. auch den Desinfectoren als Fahrgelegenheit, besonders bei grösseren Entfernungen; auch die Geräthschaften, Kleidertaschen und ein oder mehrere Handkoffer aus Eisenblech für die kleineren Utensilien können auf ihnen untergebracht werden. Hamburg besitzt eigene Wagen nur für den Transport des Personals.

Ist die Verpackung der für die Dampfdesinfection bestimmten Sachen erledigt, so wird in der Küche heisses Wasser zur Herstellung der Desinfections- und Seifenlösungen bereitet und nunmehr die in dem

Zimmer verbliebenen Möbel, Spiegel, Bilder etc. in der Mitte desselben aufgestellt.

Die Desinfection beginnt mit dem Säubern der Wände. Tapezierte Wände werden mit frischem Brod abgerieben, wodurch eine mechanische Entfernung der Keime erreicht wird; man bedient sich dazu halbhandgrosser Stücke, deren Kruste der Hohlhand, deren weiche Seite der Wand anliegt. In Hamburg folgt eine Besprengung mit 2proc. Carbolsäure, von welcher jedoch Stofftapeten ausgenommen sind. Die auf den Boden fallenden Brodkrumen werden mit einem in 3proc. Karbolwasser angefeuchteten Besen zusammengefegt und sofort verbrannt. In Frankreich sieht man vom Brotabreiben ab und bespritzt statt dessen Wände und Zimmerdecke mittelst eines Zerstäubers mit 1 p. M. Sublimatlösung. Die antiseptischen Lösungen sollen, um das gleich hier abzufertigen, stets eine Temperatur von 40—50° besitzen, um eingetrocknete Sekrete und dergl. leichter aufzuweichen. In Deutschland wird die Decke gewöhnlich keiner Desinfection unterworfen; ob aber auf Grund der neueren Untersuchungen von Flügge, aus denen hervorgeht, dass beim Husten, Niesen u. s. w. mit Bakterien beladene Flüssigkeitstheilchen nicht allein in horizontaler, sondern auch in verticaler Richtung fortbewegt werden können, in diesem Punkte keine Aenderung einzutreten hat, bleibt noch abzuwarten. Mit Oelfarbe gestrichene Wände sind gleichfalls dem Abreiben mit Brod zugängig; nur wenn sie sich sichtlich als schmutzig erweisen, reinigt man sie zunächst mit warmem Seifenwasser und lässt eine Besprengung mit 3proc. Carbolsäure folgen. Getünchte Wände bekommen einen Anstrich von Kalkmilch, der nach 2 Stunden wieder abgewaschen wird.

Polirte, gebeizte und geschnitzte Möbel, Bilder, Spiegel, Metall-, Glas-, Porzellan-, Leder- und Gummigegenstände, Pelze werden mit einem weichen Lappen, der in 3proc. Carbolsäure getaucht ist, abgerieben und mit einem trockenen Tuch sofort abgetrocknet.

Kinderspielzeug überantwortet man am besten dem Feuer.

Thüren, Fenster, die Holzbekleidung der Wände erfahren ebenfalls eine Reinigung mit Carbolwasser, bei starker Beschmutzung ev. erst nach vorangegangenem Abwaschen mit warmem Seifenwasser.

Fussböden werden mit Seifenlösung abgescheuert und mit 5proc. Carbol zweimal abgewaschen; Fugen und Ritzen sind sorgfältig auszukratzen. Bei den empfindlicheren Parquetfussböden genügt Abreiben mit 3proc. Carbol und Nachtrocknen.

Den Schluss bildet die Desinfection des Wasserausgusses, des Aborts und der benutzten Geräthschaften mit 5proc. Carbolsäure.

Die Desinfecteure ziehen ihren Arbeitsanzug aus, bürsten ihn mit 3proc. Carbolsäure ab und verpacken ihn in die mitgebrachte Kleidertasche, waschen die Stiefel (Sohlen!) mit derselben Lösung und reinigen sich Gesicht und Hände gründlich. —

Auf dem Lande, in kleineren Gemeinden ist man leider noch sehr weit von diesen gründlichen Anordnungen entfernt, und wenn es

auch erstrebenswerth wäre, überall die Möglichkeit zu einer ausgiebigen Desinfection zu geben, vielleicht durch Gründung kleinerer Anstalten für mehrere Gemeinden zusammen, so wollen wir uns doch darin nicht täuschen, dass dies vor der Hand nur ein frommer Wunsch sein und bleiben wird. Der Landarzt wird deshalb häufig die Gelegenheit haben und dadurch in die Verlegenheit kommen, seine Rathschläge in Desinfections-Angelegenheiten an den Mann zu bringen. Früher liess man zu diesem Ende die Krankenräume einfach auslüften und setzte die inficirten Sachen, gewöhnlich Betten, der Besonnung und Belichtung aus. Die bakteriologische Forschung hat gezeigt, dass diesem der Empirie entstammenden Vorgehen eine gewisse Berechtigung nicht abzusprechen ist, da in der That die Mikroorganismen durch die Einwirkung des Sonnenlichts sowie auch in geringerem Maasse durch das diffuse Tageslicht der Vernichtung anheimfallen. Allzuviel darf man aber nicht davon erwarten; im Laboratoriumsexperiment zeigten sich nach Esmarch nur die oberflächlichen, auf Kleidungsstücken befindlichen Keime abgetödtet. Man erreicht aber schliesslich dasselbe in bequemerer und rascherer Weise, wenn man empfiehlt, alle Effecten ohne Ausnahme mit 3proc. Carbollösung energisch abzureiben. Dieser Aufgabe kann bei einigem guten Willen am Ende Jeder gerecht werden; ebenso dem Aufscheuern des Bodens und dem Abwaschen der Wände mit Carbolsäure oder Kalkmilch. Wenn auch dadurch keine gründliche Desinfection erreicht wird, so ist dies doch immer noch mehr als gar nichts und darf wohl in Ermangelung des zu erwartenden Besseren einstweilen mit gutem Gewissen empfohlen werden.

Noch einer Desinfectionsart wollen wir gedenken, die früher sehr viele Anhänger zählte, jetzt aber wohl nach und nach mit Recht verlassen wird, nämlich der Ausschwefelung. Dieselbe wurde in der Weise gehandhabt, dass man auf 1 cbm Raum 20 g mit Alkohol befeuchteten Schwefels in einer eisernen, auf den Fussboden gestellten Pfanne verbrannte. Die sich entwickelnde schweflige Säure, die bei den angegebenen Zahlenverhältnissen etwa 1,5 Volumprocent ausmachte, liess man acht Stunden im fest verschlossenen Zimmer, dessen sämmtliche Fugen und Oeffnungen nach Möglichkeit verstopft wurden, einwirken. Eine einigermaassen zuverlässige Desinfection wird jedoch hierdurch nicht erzielt; wie diesbezügliche Experimente ergaben, blieben die Krankheitserreger selbst in den oberflächlichsten Lagen am Leben, es sei denn dass vorher eine genügende Befeuchtung stattgefunden hatte. Man erreicht aber auch hiermit keine sichere Zerstörung sämmtlicher Keime, wohl aber eine intensive Beschädigung der im Zimmer befindlichen Gegenstände. Die mit den Se- und Exkreten angetrockneten Bakterien erweisen sich der Desinfectionswirkung des Gases überhaupt nicht zugänglich.

Dasselbe ungünstige Urtheil trifft auch für Chlor und Brom zu, die noch ausserdem die unangenehme Eigenschaft besitzen, dass sie sich infolge ihrer Schwere nicht ordentlich im Zimmer vertheilen, selbst dann nicht, wenn man den Gasentwickler (Chlorkalk und Salzsäure) dicht unter der Decke aufstellt.

In neuerer Zeit hat man der gasförmigen Desinfection wieder mehr seine Aufmerksamkeit zugewandt, seitdem es sich nämlich herausstellte, dass der Aldehyd der Ameisensäure, der Formaldehyd, auch als Gas eine kräftige desinfectorische Wirkung entfaltete. Die erste Anwendungsweise des Formaldehyds gestaltete sich recht wenig praktisch; die scheinbar einfache Methode, Gas durch Erhitzen der käuflichen Formalinlösung zu erzeugen, stellte sich als recht wenig zweckentsprechend heraus, da das Präparat, sobald die Koncentration 40 pCt. überstieg, sich in unwirksame Polymerisirungsprodukte umwandelte. Der Versuch, Formaldehydgas gewissermaassen im Kleinen durch Oxydation des Methylalkohols in eigens dazu construirten Lampen (Trillat, Bartels u. A.) selbst zu produciren, darf als gescheitert betrachtet werden. Die Ausbeute war nur eine höchst unvollkommene; die glühenden Platinspiralen der Lampen verbrannten die grösste Menge des Alkohols zu Kohlenoxyd und Kohlensäure. Das Erhitzen des Formalins in methylalkoholischer Lösung mit einem Mentholzusatz (Holzin!) bietet gleichfalls keine grossen Vortheile. Eine Polymerisirung kommt auch hier, allerdings in geringerem Maasse, zustande; dazu gesellt sich das unvermeidliche Spritzen des Formalins und eine nur langsam vor sich gehende Entwicklung von Formaldehyddampf.

Praktischer ist der neue Apparat von Trillat und Roux, der mit Ueberdruck von 3—4 Atmosphären arbeitet (Autoclav mit Petroleumkocher). Ein Liter Formalin erhält einen Zusatz von 200 g Chlorcalcium und 400 g Wasser — diese Mischung wird als Formochlorol bezeichnet — und in eben erwähntem Apparate verdampft. Der Zusatz von Calciumchlorid verhindert die Bildung des unwirksamen Paraformaldehyds. Ein Liter Formochlorol reicht zur Desinfection eines Raums von 200 cbm Inhalt aus. Das Verfahren von Trillat und Roux verdient auch noch deshalb Beachtung, weil man den Apparat ausserhalb der zu desinficirenden Räume aufstellen kann, indem man nur die Verlängerung des Ausflussrohres durch das Schlüsselloch leitet; es gelingt auf diese Weise, auch mehrere hintereinanderliegende Stuben zu gleicher Zeit zu desinficiren. Das Formalin lässt immer einen unangenehmen Geruch zurück, der jedoch durch Ammoniak infolge von Bildung des geruchlosen Hexamethylentetramin entfernt wird.

Vor wenigen Monaten hat die chemische Fabrik von Schering eine Formalinlampe angegeben, die entschieden vor der Trillatschen den Vorzug leichter Handhabung besitzt. Zur Entwicklung der Dämpfe dient hier das feste, polymerisirte Formalin (Trioxymethylen), das in stark comprimirtem Zustande als Pastillen von 1 g zur Anwendung gelangt. Das Trioxymethylen ist nach Untersuchungen von Aronson nahezu ungiftig; seine antiseptischen Eigenschaften basiren auf den bereits bei gewöhnlicher Temperatur sich entwickelnden Formaldehyddämpfen. — Das Princip des Apparats besteht darin, dass die Pastillen durch die Feuergase (Wasserdampf und Kohlensäure), welche bei der Verbrennung des Alkohols entstehen, in gasförmigen

Formaldehyd umgewandelt werden. Letzterer vermischt sich nachträglich mit den Verbrennungsgasen, nimmt so die nöthige Menge Feuchtigkeit auf und entgeht dadurch der Polymerisation. Durch das rasche Strömen der Gase wird der Formaldehyd schnell entwickelt und sofort ausgiebig in den Räumen vertheilt; in letzterem Punkte besteht ein Hauptvortheil des Apparats, den die früheren Lampen ohne Ueberdruck nicht darboten. Die wenigsten Zimmer erlauben aber einen so festen Verschluss, dass eine langsame Entwicklung des Gases eine Desinfection zur Folge haben würde.

Bei der Ausführung der Desinfection mit der Schering'schen Lampe wird dieselbe auf einem Blechtablett auf den Fussboden der betreffenden Stube gestellt und pro 1 cbm Raum eine oder besser zwei Pastillen vergast. Fenster und sonstige Oeffnungen sind vorher sorgfältig zu schliessen, resp. zu verstopfen. Betritt man nach Verlauf von 24 Stunden das Zimmer wieder, so hat man etwas unter dem Formaldehydgeruch durch Reizerscheinungen der Conjunctiva, der Nasen- und Rachenschleimhaut zu leiden; durch sofortiges Oeffnen der Fenster lässt sich dieser kleine Uebelstand am leichtesten beseitigen.

Seidenfäden und Gazestreifen, die mit sporenhaltigen Milzbrandculturen oder mit tuberculösem Sputum imprägnirt waren, erwiesen sich bei dieser Art der Versuchsanordnung (mit 2 g pro 1 cbm) als vollständig steril; bei der Verwendung von 1 g war nur das nicht sporenhaltige Material mit Sicherheit abgetödtet. Was das Eindringen des Formaldehyddampfes in tiefere Schichten und in poröse Stoffe anlangt, so theilt er in dieser Beziehung das Schicksal aller Gase, d. h. er dringt nicht tief ein. Frei aufgehängte Kleider, Portieren und dergl. sind aber dieser Desinfection wohl zugänglich unter der Bedingung, dass all' ihre Oberflächen möglichst frei liegen.

Das Formalin hat noch die weitere Eigenschaft, selbst in ganz kleinen Mengen Krankenräume, Klosets etc. durch chemische Bindung der den Geruch verursachenden Körper zu desodorisiren.

Für die Desinfection der Wohnungen scheint das Formalin eine grosse Zukunft zu haben; seine Anwendungsweise ist eine höchst einfache und ungefährliche; dazu kommt, dass von den verschiedensten Seiten im Grossen und Ganzen die Angaben von Aronson bestätigt worden sind. Auch im Strassburger hygienischen Institut war man in der Lage nachzuweisen, dass eine Oberflächendesinfection für die Wuchsformen bei 2 g pro 1 cbm eintritt. Jedenfalls ist der Desinfection mit Formaldehydgas die Aufmerksamkeit in erhöhtem Maasse zuzuwenden: denn stellt sie sich in der Zukunft als zuverlässig heraus, so würde das besonders für die ländlichen Gemeinden ein Lösung der Wohnungsdesinfectionsfrage und zugleich eine Erlösung bedeuten.

Auch die Desinfection von Büchern lässt sich wohl kaum anders als durch Formalin bewerkstelligen: man stellt dieselben einfach in den zu desinficirenden Zimmern auf, indem man sie möglichst entfaltet.

Bisher sind wir in unseren Betrachtungen davon ausgegangen, dass

wir einen Infectionskranken vor uns haben. Wir haben auseinandergesetzt, wie wir für denselben sorgen, wie wir ihn gewissermaassen unschädlich machen, damit er für seine Umgebung keine Quelle der Infection abgiebt. Nunmehr tritt aber die Frage an uns heran: Wie schützen wir ganze Gemeinwesen, ein ganzes Land vor einer aus der Nachbarschaft herannahenden Seuche?

Bevor wir uns dieser Aufgabe unterziehen, müssen wir zunächst wissen, worin wir die Hauptwege der Ansteckung bei den Infectionskrankheiten zu suchen haben. Die Mikroorganismen haften an den Krankheitsproducten; sie gelangen mit diesen häufig genug in die Luft, auf Wäsche, Kleider, Nahrungsmittel etc.; sie werden von Insecten verschleppt, mit verunreinigten Waaren versandt u. s. w. Auf all diesen Wegen vermag eine Ausbreitung von Fall zu Fall in fortlaufender Kette zu erfolgen. Die Krankheit schreitet herdweise vor, vielleicht wenn wir dieses bei der Cholera durchführen dürfen, etwa nach folgendem Schema: In einer Familie liegt ein Cholerapatient; es erkrankt zuerst ein Familienmitglied, bald darauf mehrere, in demselben Hause eine andere Familie, ein Nachbar, ein Fremder, der die erst erkrankte Familie besuchte, die Waschfrau, und so reiht sich weiter Herd an Herd Stets ist die Infection durch Verunreinigung mit den Faeces vor sich gegangen. Nicht immer allerdings sind wir in der Lage, klar den Zusammenhang zu erkennen, wenn z. B. Insecten die Krankheitskeime auf grosse Strecken hin verschleppen und auf Nahrungsmitteln deponiren, oder wenn die anscheinend gesunde Umgebung eines Cholerakranken mit ihren inficirten Faeces die Mikroben verbreitet.

Der Luftweg ist, wie wir schon mehrfach erwähnt haben, neuerdings durch die Flügge'schen Untersuchungen in den Vordergrund des Interesses gerückt worden. Für die acuten Exantheme (Masern, Scharlach, Pocken) hat die klinische Erfahrung seit langer Zeit die Aerzte gezwungen, ein im trockenen Zustande flüchtiges Kontagium anzunehmen. Ein Lufttransport der Bakterien kann aber auch durch Verschleudern des Sputums u. s. w. in Tröpfchenform stattfinden, und dieser Uebertragungsmodus wird wohl bei Influenza, Keuchhusten häufig, bei anderen Krankheiten, Diphtherie z. B., gelegentlich in die Erscheinung treten.

Ein gleichzeitiges Erkranken grosser Theile einer Bevölkerung geht aber nur durch eine gleichmässige Aussaat des Infectionsstoffes über einen grösseren Bezirk, über eine ganze Stadt vor sich. Als Vehikel für diese gleichmässige Aussaat könnten Luft, Boden und Wasser dienen. Diese drei sind ja allen Einwohnern gemeinsam; sie wirken auf Alle zu gleicher Zeit und in gleicher Weise ein. Luft und Boden, die man früher sehr häufig als Zwischenträger bezichtigte, vermögen, wie die bakteriologischen Untersuchungen ergeben haben, in dieser Hinsicht keine Rolle zu spielen. In Bezug auf das Wasser aber ist der von R. Koch bei Gelegenheit der letzten Choleraepidemie zwingend geführte Nachweis von hervorragender Wichtigkeit, dass Cholerafaeces von den ersten nicht erkannten und nicht zur Anzeige gelangten Fällen in die

Canalisation, durch die auf Flüssen verkehrenden Schiffer in die öffentlichen Wasserläufe und von beiden aus in die Trinkwasserleitungen eindringen. Im Fluss- und Leitungswasser ist man wiederholt Choleravibrionen begegnet, und wird nun ein solches Wasser getrunken, so kann eine ganze Bevölkerung sich gleichzeitig anstecken. Wir haben im wahren Sinne des Wortes eine Choleraexplosion vor uns.

Die Pest bietet ihrerseits mehr den Typus der herdweisen Ausbreitung dar; sie haftet hartnäckig an den menschlichen Wohnungen, verbreitet sich nicht plötzlich über grössere Stadttheile, sondern schreitet von Haus zu Haus fort.

Ausser diesen spezielleren Ursachen, die in den Lebenserscheinungen und Aeusserungen der Krankheitserreger selbst wurzeln, dürfen wir die allgemeinen Ursachen der Epidemie, wie sie durch die socialen Verhältnisse gegeben sind, nicht vergessen. Haben wir eine elende, schlecht genährte Bevölkerung vor uns, fehlt in den Wohnungen Luft und Licht, gesellt sich noch der Alkoholmissbrauch hinzu, so wird die Disposition für die Infection durch Schwächung des Organismus in erheblicher Weise gesteigert. Dass Unreinlichkeit und dichtes Beieinanderwohnen die Ansteckungsmöglichkeit und Gefahr vergrössert, bedarf wohl keiner weiteren Auseinandersetzung, und so stellt z. B. die Pest vorzugsweise eine exquisite Proletarierkrankheit dar. Der unglaubliche Schmutz, in dem die Eingeborenen Indiens leben, ihr Zusammengedrängtsein in engen Räumen, die so zahlreichen kleinen Läsionen, besonders der unteren Extremitäten, das durch Ungeziefer aller Art hervorgerufene, immerwährende Kratzen giebt, wie die deutsche Kommission, die sich Anfangs 1897 zum Studium der Pest nach Bombay begeben hatte, berichtet, allein bereits eine hinreichende Erklärung für die ausserordentliche Häufigkeit, mit der diese Seuche gerade die unteren Klassen heimsucht.

Wenn Schmutz und Abfallstoffe die Umgebung der menschlichen Wohnungen verunreinigen, so finden unter Umständen die Krankheitskeime, besonders in engen, dunklen Höfen, welche die reinigende Kraft des Lichtes vermissen lassen, Gelegenheit, sich zu vermehren und vielleicht noch häufiger sich zu conserviren. Eine übertriebene Bedeutung darf jedoch diesem Moment nicht beigemessen werden; in der Regel gehen die hier haftenden Mikroorganismen, nachdem sie sich eine Zeit lang in dem aus dem kranken Körper mitgebrachten Nährmaterial vermehrt haben, schnell zu Grunde. Allerdings wollen wir nicht in Abrede stellen, dass die Dauerformen im verunreinigten Boden Jahre hindurch sich halten, und dass dieselbe Conservirungsmöglichkeit auch für den Typhus gilt, dessen Erreger noch nach Monaten lebend im Boden angetroffen wurden. Beim Manipuliren mit diesen Abfällen, beim Umgraben der verunreinigten Erdoberfläche können die Keime durch Vermittlung der Hände, des Anfangstheils vom Digestions- und Respirationstraktus ihren Einzug in den menschlichen Körper halten und so zu Neuinfectionen Veranlassung geben; Regen- und Spülwasser können sie dem

Brunnen zuführen, und auf diese Weise wird wiederum das Wasser zum Ausgangspunkt der Ansteckung.

Als einen weiteren Gesichtspunkt für die Erklärung der Epidemien gilt seit Alters her das lange Andauern einer hohen Temperatur. Die Richtigkeit dieser Annahme lässt sich wohl kaum bezweifeln; sie wird auf der einen Seite dadurch erklärt, dass das warme Wetter Wachsthum und Virulenz der Bakterien begünstigt, auf der anderen Seite dadurch, dass die Hitze das Durstgefühl steigert, dessen Befriedigung durch reichliches Wassertrinken und Genuss von unreifem Obst Verdauungsstörungen nach sich zieht und so die Disposition der Bevölkerung steigert.

Wenn wir nun auch in der Lage sind, eine Reihe von Faktoren anzugeben, die wenigstens einige Klarheit über das früher so räthselhafte Auftreten der Volksseuchen verbreiten, so wollen wir doch nicht verkennen, dass in der Aetiologie der Epidemien noch Manches unaufgeklärt bleibt, dessen Erschliessung die Aufgabe späterer Forschungen bilden muss.

Um nun mit Aussicht auf Erfolg den Kampf gegen die Infectionskrankheiten und ihre Weiterverbreitung aufzunehmen, genügt es nicht, erst bei ihrem Ausbruch den ganzen Apparat zum Theil veralteter gesetzlicher und sanitärer Vorschriften in Bewegung zu setzen, sondern es ist vor allen Dingen eine eingehende Vorbereitung schon in der seuchefreien Zeit zu treffen. Mit Recht hat daher bereits der Altmeister der Hygiene, Pettenkofer, zunächst auf eine „Reinigung" zum Schutz gegen die Infectionskrankheiten gedrungen. Das Verlangen nach Reinlichkeit ist, soweit es nicht schon vorhanden, im Volk zu erwecken und durch Schaffung von Volksbädern zu fördern. Für recht beherzigenswerth halten wir ferner den Vorschlag von Gärtner, „Schulbäder" einzurichten, damit im Laufe der Zeit ein Bedürfniss nach Reinlichkeit sich herausbildet. Haben wir dieses erst einmal erreicht, wird der Sauberkeit des eigenen Körpers die genügende Sorgfalt gewidmet, so ist es bis zur Reinhaltung der Wohnung und ihrer Umgebung nur noch ein kleiner Schritt.

Der behördlichen Aufsicht unterliegt in erster Linie die Reinhaltung der Strassen und öffentlichen Plätze; durch leichte Wölbung des Fahrdammes und geringe Neigung des Fusssteiges nach der Seite des ersteren hin und bei guter Pflasterung beider lässt sich der Abfluss des Regen- und Sprengwassers in die Rinnsteine leicht bewerkstelligen. Die Säuberung des Trottoirs ist den Besitzern der daran stossenden Grundstücke zur Pflicht zu machen und polizeilich zu beaufsichtigen.

In Dörfern und kleinen Städten werden Abfall- und Dunggruben sich wohl kaum verdrängen lassen; vom sanitären Standpunkte aus dürfte auch nichts gegen dieselbe einzuwenden sein, wenn sie durch Cementirung undurchlässig hergestellt werden. Tonnen finden zweckmässig in alten, eng gebauten Ortschaften ihre Verwendung.

Die Unschädlichmachung der Abfallstoffe erfordert die aller-

grösste Aufmerksamkeit und ist oft genug mit nicht geringen Schwierigkeiten verknüpft. Die Schwemmkanalisation erfüllt diese Forderung noch am besten. Stellt sich eine Rieselfelderanlage in Folge des hohen Grundwerths zu theuer, stehen keine genügend grossen Wasserläufe zur Aufnahme der Gesammtabwässer zur Verfügung, so nimmt man seine Zuflucht zum Trennsystem, welches in einem gesonderten grösseren Rohrnetz das Meteorwasser in den nächsten Fluss ableitet, und in einem zweiten kleineren Kanalisationssystem Fäcalien und sämmtliche differenten Abwässer aufnimmt und sie Kläranlagen zuführt.

Die Entleerung der Gruben und Tonnen fällt ebenfalls in das Gebiet kommunaler Fürsorge. Dasselbe gilt für die Abfuhr des Mülls, welcher in grossen Städten in festen, gemauerten, feuersicheren Gruben gesammelt oder eigentlich besser, wie das in England und auch in Hamburg geschieht, in besonderen Oefen verbrannt wird. Für kleinere Orte schlägt Vogel vor, ihn so rasch wie möglich unterpflügen zu lassen.

Der Anhäufung des ärmeren Theils der Bevölkerung auf engem Raum, dem Wohnen in engen Miethskasernen mit ihren wenig geräumigen, dunklen Zimmern sucht man schon seit mehreren Jahrzehnten an einzelnen Orten durch Erbauung kleiner freistehender Häuser, die eine bis höchstens vier Familien beherbergen und mit einem Gärtchen versehen sind, zu steuern. Dem ganzen Miethsgewerbe sollte überhaupt von Polizeiwegen etwas mehr Beachtung geschenkt werden, um zu verhüten, dass ungesunde Lokalitäten zur Vermiethung gelangen. Dieselbe hätte sich auch auf die Ueberwachung der niederen Herbergen zu erstrecken, in denen sich erfahrungsgemäss sehr häufig durch das dort verkehrende Publikum gerade Infectionskrankheiten schlimmer Art (Pocken, Flecktyphus) einnisten. Auch in dieser Hinsicht dürfte uns England als Vorbild dienen, welches sich des Besitzes einer Wohnungspolizei erfreut. Ist einmal eine Epidemie im Entstehen, so sind von Polizeiwegen jedwede grösseren Menschenansammlungen (Messen, Kirchweih etc.), bei denen Essen und Trinken ja doch die Hauptsache darstellen, zu untersagen.

Die wichtige Rolle, die das Wasser bei dem explosionsartigen Ausbruch von Infectionskrankheiten spielt, macht es ohne Weiteres begreiflich, dass die Versorgung mit diesem unentbehrlichsten aller Nahrungsmittel an der Spitze sämmtlicher Maassnahmen, die in seuchefreier Zeit getroffen werden, zu stehen hat. Nur reines Wasser, welches keine pathogenen Bakterien enthält, vermag als Trinkwasser zu dienen. Seine Sammel- und Entnahmestellen müssen derart beschaffen sein, dass auch nachträglich keine Verunreinigung mit inficirendem Material stattfinden kann. Aus diesem Grunde halten wir es für geboten, dass strenge Wasser- und Brunnenordnungen erlassen werden, die genaue Bestimmungen enthalten über die Anlage von Brunnen und von ganzen Wasserleitungen. Diese Verordnungen fallen für verschiedene Gegenden naturgemäss verschieden aus; sie hängen zum grössten Theil von der

Beschaffenheit des betreffenden Bodens ab. Sieht man sich gezwungen, für eine Centralwasserversorgung Flusswasser heranzuziehen, so muss dasselbe zunächst durch Filtration gereinigt werden; den Filteranlagen darf man jedoch nicht allzu viel vertrauen; sie müssen unbedingt, wie es R. Koch bereits vorgeschlagen hat, Tag für Tag bakteriologisch geprüft werden. Sobald das filtrirte Wasser mehr als 100 Keime pro 1 ccm enthält, so soll es nicht zum Konsum zugelassen und das Filter erneuert werden. Alle Hausfilter, die sich bisher im Gebrauch befinden, erfüllen ihre Aufgabe nicht, da die Bakterien dieselben sehr bald durchwuchern. Im Haushalt macht man deswegen verdächtiges Wasser am einfachsten durch Abkochen unschädlich.

Neben dem Wasser beansprucht auch noch die Milch besondere Beachtung. Abgesehen von der Tuberculose, bei welcher die Milch perlsüchtiger Kühe nicht selten als Zwischenträger dient, sind klinische Thatsachen bekannt geworden, aus denen hervorgeht, dass mit diesem Nahrungsmittel Scharlach, Typhus, Cholera übertragen werden können. Die Milch darf also niemals roh, sondern immer nur gekocht genossen werden, und um jeder Gefahr vorzubeugen, sollte streng darauf gesehen werden, dass keine Milch aus Gehöften, die ansteckende Kranke beherbergen, zum Verkauf gebracht wird.

Das wäre in grossen Zügen Alles, was wir über die Maassnahmen in seuchefreier Zeit zu erwähnen hätten; wir wenden uns nun zur Beantwortung der weiter von uns aufgestellten Frage: Wie schützen wir ein ganzes Land gegen die vom Ausland herandrängenden Seuchen? — Diese Bestrebungen haben nicht erst in unseren Tsgen ihren Anfang genommen, sondern sie datiren bereits aus der vorbacteriologischen Zeit.

Wollte man dieses Ziel erreichen, so müsste wohl zunächst ein Uebereinkommen zwischen sämmtlichen in Betracht kommenden Staaten erzielt werden. Früher sorgte jedes Land für sich; ein jedes stellte seine eigenen Quarantänevorschriften auf, d. h. seine eigenen Isolirungsmaassregeln, die ganz und gar von der Willkür der einzelnen Behörden und ihrer berathenden Organe abhängig waren. Es kam vor, dass man an einzelnen Orten bei gewissen Epidemien dem Verkehr mit bestimmten Gegenständen Schranken entgegensetzte, während man sie anderswo unbehindert zuliess, ja sogar, wie Proust erwähnt, ein und dieselbe Krankheit wurde in einem Territorium als ansteckend betrachtet, in dem danebenliegenden dagegen als ungefährlich.

Frankreich gebührt das Verdienst, angesichts dieser schweren Uebelstände zuerst die Initiative zur Einberufung einer internationalen Conferenz ergriffen zu haben, die den Zweck verfolgen sollte, zunächst die Häfen des mittelländischen Meeres gegen die Einschleppung der Pest zu bewahren. Nach langen Unterhandlungen kam 1851 die erste Conferenz in Paris zu Stande, welche von zwölf Staaten beschickt wurde. Dieser erste Schritt zur Schaffung einer internationalen Hygiene sollte leider von keinem Erfolg begleitet sein, da man den schweren Fehler beging,

für sämmtliche betheiligten Staaten ein einheitliches detaillirtes Reglement auszuarbeiten.

Um diesen Fehler wieder gut zu machen, veranlasste die französische Regierung 1859 eine zweite Pariser Conferenz, die dieses Mal ausschliesslich aus Diplomaten zusammengesetzt war. Der Erfolg schien nunmehr ein gesicherter zu sein, da man sich mit der Aufstellung von gemeinschaftlichen Grundzügen begnügte, im Uebrigen aber den einzelnen Staaten in ihrer Ausführung freie Hand liess. Da brach der italienische Krieg aus, der die Schlussarbeiten verhinderte.

Es blieb also Alles so ziemlich beim Alten, als sich im Jahre 1865 unerwartet und in ungeahnter Heftigkeit die Cholera einstellte, die ihren Ausgangspunkt von den nach Mekka ziehenden Pilgern genommen hatte. Wieder war es Frankreich, das eine dritte internationale Conferenz sämmtlicher europäischen Staaten und Persiens nach Constantinopel 1866 einberief. Trotzdem dieselbe von keinem diplomatischen Uebereinkommen sanktionirt wurde, so übte sie doch die wohlthätigsten Folgen auf die von den einzelnen Regierungen getroffenen Vorbeugungsmaassregeln gegen die Cholera aus. Es wurde hier zum ersten Male mit aller Bestimmtheit ausgesprochen, dass die Quarantänen um so wirksamer ausfallen, je näher sie an den Ursprungsherd der Seuche verlegt werden. Die Folge davon war, dass Beobachtungsstationen im Rothen Meer und an der russisch-persischen Grenze vorgeschlagen wurden.

Es folgen die Conferenzen in Wien 1874, welche der Hauptsache nach sich in denselben Bahnen bewegte wie die vorhergehende, die von Washington 1881, welche eigentlich nur gegen das gelbe Fieber gerichtet war, und die von Rom 1885, welche dasselbe Schicksal mit den übrigen theilte, d. h. gleichfalls keine diplomatische Convention nach sich zog. Günstiger in dieser Hinsicht verlief die Conferenz von Venedig 1892, deren Protokoll als das erste die Unterschrift der bevollmächtigten Diplomaten trug. Sie beschäftigte sich mit der sanitären Ueberwachung des Suezcanals, milderte die aus früherer Zeit dort bestehenden Quarantänevorschriften, indem sie dieselben gleichzeitig in wirksamer Weise umgestaltete. Sie verschaffte ausserdem dem Gesundheitsrath in Alexandrien einen mehr internationalen Charakter, indem sie die Zahl der einheimischen Mitglieder von 9 auf 3 (ausser dem Präsidenten!) herabsetzte, während die Zahl der auswärtigen Mitglieder (14) unverändert bestehen blieb. Von grosser Wichtigkeit war auch die unter den Auspicien Deutschlands tagende Conferenz von Dresden 1893, auf welcher die einzelnen Regierungen sich verpflichteten, sich gegenseitig die Bildung eines jeden Choleraherdes und die dagegen getroffenen Schutzmaassregeln sofort mitzutheilen, und auf der wiederum erhebliche Erleichterungen im Ueberwachungsdienst geschaffen wurden. Die Pariser Conferenz von 1894 befasste sich mit der Beaufsichtigung der Mekkapilger und mit dem Schutz des persischen Meerbusens, und die letzte von Venedig 1897 war veranlasst durch die Europa bedrohende Pestgefahr.

Im Folgendem wollen wir in grossen Zügen diejenigen Maassregeln

schildern, wie sie jetzt auf Grund der letzten vier Conferenzen (1892—97), die ja sämmtlich bereits auf die neuen epidemiologischen Forschungen sich stützen, gehandhabt werden. In dieser Aufzählung werden wir, wenn nöthig, Einzelnes aus den Protokollen der Sanitätsconferenzen wörtlich anführen. Zunächst ist von Wichtigkeit die erste Benachrichtigung über das Zustandekommen eines Seuchenherdes und der sich daran schliessenden weiteren Angaben. Vereinzelt bleibende Fälle brauchen nicht mitgetheilt zu werden. Gegenstand der Benachrichtigung bilden: das Vorhandensein eines Herdes, der Ort, an dem er sich gebildet, der Zeitpunkt seines Entstehens, die Zahl der Krankheits- und Todesfälle. Mindestens wöchentlich einmal erfolgen dann weitere Nachrichten über die Entwicklung und den Verlauf der Epidemie; ausserdem sollen die prophylaktisch erlassenen Maassnahmen angegeben werden, die bezüglich der gesundheitspolizeilichen Inspection, der Isolirung, der Desinfection, der Anordnungen für die Abfahrt der Schiffe und die Ausfuhr von Waaren angeordnet sind. Den aneinandergrenzenden Ländern bleibt es vorbehalten, durch besondere Abkommen einen directen Nachrichtenaustausch zwischen den Vorständen der Verwaltungsbehörden an der Grenze einzurichten. Um nun Handel und Verkehr nicht allzu sehr zu belästigen, wird nicht das ganze Land, in dem sich der Herd befindet, als verseucht erklärt, sondern nur der betreffende Bezirk, und unter diesem derjenige Gebietstheil verstanden, der einer bestimmten Verwaltungsbehörde unterstellt ist, wie z. B. eine Provinz, ein Gouvernement, ein Distrikt, ein Departement, ein Canton, eine Insel, eine Gemeinde, eine Stadt, ein Dorf, ein Hafen u. s. w., welches auch immer die Ausdehnung und die Bevölkerung dieses Gebietstheils sein mag. Die Regierung jedes Staates soll gehalten sein, diejenigen Schutzmaassregeln sofort zu veröffentlichen, deren Anordnung sie bezüglich der Herkünfte aus einem verseuchten Lande oder aus einem verseuchten örtlichen Bezirk für erforderlich hält. Ist in einem derartig von der Epidemie heimgesuchten Landestheil zufolge amtlicher Feststellung seit einer Reihe von Tagen, die mindestens dem Incubationsstadium der betreffenden Krankheit entsprechen (Cholera 5, Pest 10 Tage), weder ein Todesfall, noch eine neue Erkrankung vorgekommen, so wird derselbe als nicht mehr verseucht angesehen, vorausgesetzt dass die erforderlichen Desinfectionsmaassregeln zur Ausführung gelangt sind. Diejenigen Gegenstände, welche vor einer längeren Spanne Zeit, als der Incubationsdauer entspricht, ausgeführt worden sind, bedürfen keiner besonderen Behandlung. Die Waaren, welche Träger des Ansteckungsstoffes sein können und als solche von der Einfuhr ausgeschlossen werden dürfen, sind: Leibwäsche, alte und getragene Kleidungsstücke, gebrauchtes Bettzeug, Federn und Lumpen, gebrauchte Säcke, Teppiche, Stickereien, kurz gesagt alle Gegenstände, die unter Umständen die jeweiligen Krankheitserreger enthalten können. Die Durchfuhr darf nicht untersagt werden, sofern die Waaren derart verpackt sind, dass eine Berührung damit unterwegs nicht möglich ist. Auch an der Grenze des Bestimmungslandes dürfen

die genannten verdächtigen Effecten nicht in Quarantäne zurückbehalten werden; der einfache Ausschluss von der Einfuhr oder die Desinfection sind die einzigen zulässigen und zuverlässigen Maassnahmen. Die Entscheidung über die Art und Weise wie, und den Ort, wo die Desinfection stattzufinden hat, steht den Behörden des Einfuhrlandes zu. Immer muss streng darauf gesehen werden, dass eine möglichst geringe Beschädigung der betreffenden Artikel stattfindet. Briefe, Zeitungen, Bücher und sonstige Drucksachen können ohne weiteren Aufenthalt an der Grenze und undesinficirt an ihren Bestimmungsort befördert werden, Postpaketen ist diese Erleichterung nicht zuzugestehen.

Was nun den Verkehr auf dem Festlande angeht, so ist mit Freude der Beschluss zu begrüssen, dass die früher so beliebten Landquarantänen, Cordons u. s. w. nicht mehr errichtet werden. Wenden wir uns zuerst zu den Vorsichtsmaassregeln, die in Bezug auf den Eisenbahnverkehr getroffen werden müssen. Die dem Personen-, Post- und Passagiergutsverkehr dienenden Wagen dürfen an der Grenze nur dann aufgehalten werden, wenn sie mit Se- oder Exkreten verunreinigt sind; in diesem Falle werden sie einer gründlichen Desinfection unterworfen; das Gleiche gilt für die Güterwagen.

Das reisende Publikum soll im Grossen und Ganzen möglichst unbehelligt bleiben; nur wirklich erkrankte Personen werden von der Grenze an nicht weiter befördert, sondern sofort einem Spital überwiesen. Dem Zugpersonal liegt es ob, die Reisenden in möglichst unauffälliger Weise auf ihren Gesundheitszustand hin zu beobachten. Findet eine ärztliche Besichtigung statt, so soll dieselbe mit der Zollrevision verbunden werden. Die aus einem verseuchten Orte stammenden Reisenden werden an ihrer Bestimmungsstation einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung unterworfen, die sich auf eine der Incubationsdauer der betreffenden Seuche entsprechende Zeit zu erstrecken hat. Gegen Zigeuner, Vagabunden, in grösseren Trupps reisende Auswanderer der niederen Volksklasse können strengere Vorschriften in Anwendung gebracht werden. Für den Uebergang des Eisenbahn- und Postdienstpersonals vom verseuchten in den seuchefreien Bezirk sind entsprechende Vorkehrungen zu treffen, wobei das Interesse des regelmässigen Dienstes immerhin eine gewisse Rolle spielen wird.

Besondere Berücksichtigung verdient der Verkehr auf den Flüssen. Die bei der Flussschifffahrt beschäftigte Bevölkerung benutzt einerseits nicht selten das Flusswasser als Gebrauchs- und Trinkwasser und verunreinigt andererseits durch ihre Faeces etc. die Stromläufe. Hierdurch ist sie der Infectionsgefahr in erhöhtem Maasse ausgesetzt und zur Verschleppung des Infectionsstoffes sehr geeignet. Vor Allem ist darauf hinzuwirken, dass die auf dem verseuchten Flusse verkehrenden oder an seinen Ufern wohnenden Menschen sich nur des gehörig gekochten Flusswassers als Trinkwasser bedienen; zum Baden und zu wirthschaftlichen Zwecken darf dasselbe nicht benutzt werden. Eine strenge gesundheitspolizeiliche Kontrolle sämmtlicher auf dem Strome verkehrenden Schiffe

und Flösse ist nothwendig, ganz besonders auch derjenigen, die aus anderen Ländern kommen. Befinden sich auf einem Fahrzeuge kranke oder krankheitsverdächtige Personen, so werden dieselben ebenso wie alle übrigen Insassen des Schiffes an Land gebracht, erstere in ein Spital verwiesen, letztere einen Tag länger als die dem Incubationsstadium der Seuche entsprechende Zeit dauert, ärztlicher Beobachtung überwiesen; die verdächtigen Se- und Excrete sind möglichst bald einer genauen Untersuchung zu unterziehen und zu dem Ende der nächstgelegenen bacteriologischen Arbeitsstätte zu übersenden; das ganze Fahrzeug wird in allen seinen Räumen gründlich desinficirt. Um diesen Vorschriften in ausgiebiger Weise Rechnung tragen zu können, empfiehlt sich die Einrichtung sogen. Controlstationen in Verbindung mit Desinfectionsanstalten und Isolirbaracken an verschiedenen Stellen des Stromlaufs, insbesondere in Grenzstädten und grösseren Orten, sowie auch an der Einmündung von Nebenflüssen oder Kanälen. — Ist kein Krankheitsfall constatirt worden, auch kein Verdacht auf Verseuchung aufgekommen, so findet nur eine Desinfection des Aborts und des Kielwassers statt. Dem Schiffer wird eine Bescheinigung über die Revision und deren Befund ausgehändigt, womit er sich bei den event. später zu passirenden Controlstationen auszuweisen hat.

Während die gesundheitspolizeiliche Regelung für die Flussläufe der besonderen Vereinbarung der einzelnen Uferstaaten überlassen bleibt, so bedürfen der Seeverkehr und die Maassnahmen in den Seehafenstädten eines internationalen Uebereinkommens.

Als verseucht wird ein jedes Schiff angesehen, welches Krankheitsfälle (Cholera, Pest etc.) an Bord hat, oder auf welchem in einer Frist, welche zwei Tage länger ist als die Incubationszeit der betreffenden Seuche, Krankheitsfälle vorgekommen sind.

Als verdächtig gilt ein Schiff, auf welchem zur Zeit der Abfahrt oder während der Reise Krankheitsfälle sich gezeigt haben, auf dem aber während der ebengenannten Frist vom Tage der Ankunft an rückwärts gerechnet kein neuer Fall sich ereignet hat.

Rein ist ein Schiff, wenngleich es aus einem verseuchten Hafen kommt, in dem Falle, wenn es weder vor der Abfahrt, noch während der Reise, noch auch bei der Ankunft einen Todes- oder Krankheitsfall an Bord gehabt hat, unter der Bedingung, dass die Fahrt länger gedauert hat als dem Incubationsstadium der betreffenden Seuche entspricht.

Für die verschiedenen Kategorien gelten verschiedene Bestimmungen:

Aus verseuchten Schiffen werden die Kranken gelandet und isolirt. (Jeder grössere Hafenort müsste für diesen Zweck eine oder mehrere Isolirbaracken besitzen; auch eine Desinfectionsanstalt sollte vorhanden sein!) Die übrigen Personen werden einer Beobachtung von 5 (Cholera) oder 10 (Pest) Tagen unterzogen. Diese Zeit ist als Maximum anzusehen; sie kann verkürzt werden, je weiter der zuletzt vorgekommene Krankheitsfall hinter dem Tage der Ankunft zurückliegt.

Wäsche, Kleidungsstücke, Gebrauchsgegenstände, sowie auch das Schiffsinnere selbst werden desinficirt.

Verdächtige Schiffe werden ärztlich revidirt, Wäsche etc. desinficirt, das Kielwasser nach erfolgter Desinfection ausgepumpt, etwa noch vorhandenes Trinkwasser durch neues ersetzt. Eine gesundheitspolizeiliche Ueberwachung für Passagiere und Mannschaften ist nicht unbedingt nothwendig, jedoch wünschenswerth. Das Anlandgehen des Personals wird nach Möglichkeit beschränkt.

Reine Schiffe sind sofort zum freien Verkehr zuzulassen, wie auch immer ihr Gesundheitspass lauten möge. Jedoch dürfen die für verdächtige Schiffe geltenden Vorschriften auch auf reine Anwendung finden. Des Ferneren kann die Hafenbehörde des Ankunftsortes eine Bescheinigung darüber verlangen, dass auf dem Schiff im Abgangsort keine Krankheitsfälle vorgekommen sind.

Falls an Bord einer der drei angeführten Schiffskategorien ein Arzt und ein Desinfectionsapparat vorhanden war, so hat die Hafenbehörde diesen Umstand bei der Anordnung aller Maassregeln zu berücksichtigen.

Auswandererschiffe sind besonderen strengeren Vorschriften zu unterwerfen.

Die zur See ankommenden Waaren werden nach denselben Grundsätzen behandelt wie die zu Lande beförderten (cf. oben). Dieselben dürfen nach Isolirung des Schiffes, der Reisenden, der Mannschaft, nach Desinfection und Auspumpen des Kielwassers und nach Ersatz des Trinkwassers gelöscht werden. Die Reisenden können auf ihren Wunsch gelandet werden, wenn sie sich verpflichten, den ihnen gegenüber von der Behörde getroffenen Anordnungen Folge zu leisten.

Die Küstenfahrzeuge unterliegen besonderen, zwischen den betheiligten Ländern zu vereinbaren den Bestimmungen.

Die letzte internationale Konferenz in Venedig hat noch besondere Maassnahmen angegeben, denen sich die Schiffe aus verseuchten Gegenden im Augenblick der Abfahrt, während der Ueberfahrt und bei der Ankunft unterziehen sollen. Der Kapitän darf unter keiner Bedingung kranke oder verdächtige Personen und beschmutzte Waaren aufnehmen. Um dem vorzubeugen findet eine obligatorische ärztliche Besichtigung sämmtlicher Passagiere vor der Abreise statt. Ebenso muss er vor der Einschiffung sein Fahrzeug auf das Peinlichste reinigen und für tadelloses Trinkwasser sorgen. Brechen während der Ueberfahrt Krankheitsfälle aus, so müssen dieselben thunlichst isolirt und nach denjenigen Prinzipien behandelt werden, die wir früher auseinandergesetzt haben. Zu diesem Zweck ist es wünschenswerth, dass Isolirräume zur Verfügung stehen, die Möglichkeit einer Desinfection geboten ist und sich ein Arzt an Bord befindet.

Sollten aber überhaupt die internationalen Konferenzen eine irgendwie erspriessliche Thätigkeit entfalten, so war es ihre Pflicht, in erster Linie ein wirksames Abwehrsystem im rothen Meer und im Suezkanal zu erzwingen. Die beiden hauptsächlichsten Seuchen, die ja in der letzten

Zeit Europa am meisten zu schaffen machten, sind die Cholera und die Pest. Beide haben ihre Heimath in Indien und im äussersten Orient, und Alles kam also darauf an, die direkte Kommunikation zwischen diesen Ländern und Aegypten zu beaufsichtigen; denn war einmal die Schranke des Suezkanals durchbrochen, hatte ein inficirtes Schiff denselben passirt, so lag die Gefahr der Durchseuchung des mittelländischen Meeres und seiner Häfen furchtbar nahe, ganz Europa war bedroht. Den beiden Konferenzen zu Venedig (1892 und 1897) ist das Verdienst zuzusprechen, diese Verhältnisse geregelt zu haben, eine Regelung, die, wenn sie in allen Punkten strikte befolgt würde, sicherlich allen Anforderungen entspräche.

Am Eingang des Suezkanals, an den sogen. Mosesquellen (Aioun-Mouca), 20 km von Suez entfernt, wurde die Errichtung einer Beobachtungsstation ins Werk gesetzt, an der sich sämmtliche Schiffe einer ärztlichen Visite zu unterziehen hatten. Die reinen dürfen sofort passiren; die verseuchten werden zurückgehalten und nach den oben geschilderten Maximen behandelt; mit den verdächtigen wird verschieden verfahren, je nachdem sie einen Arzt und einen Desinfectionsapparat an Bord haben oder nicht. Ist Ersteres der Fall, so passiren sie den Suezkanal in Quarantäne; sonst wird zunächst zur Desinfection geschritten. Will der Kapitän freie Fahrt, z. B. um Passagiere in Aegypten selbst zu landen, so muss er mit seinem Fahrzeug so lange in Quarantäne bleiben, bis der letzte Krankheitsfall länger zurückliegt als das Incubationsstadium der betreffenden Seuche beträgt. Passirt ein Schiff den Suezkanal in Quarantäne, so wird sofort derjenigen Behörde, die von jedem einzelnen Staat dazu designirt ist, telegraphische Meldung erstattet. Ein Sanitätsofficier und zwei Wächter gehen an Bord, um sich zu vergewissern, dass während des ganzen Trajektes durch den Kanal Passagiere und Waaren weder ein- noch ausgeschifft werden. Auch in Port Said darf kein Aufenthalt genommen werden, allerdings mit der Einschränkung, dass dort Passagiere das Schiff besteigen können, die dann aber später denselben Ausschiffungsbedingungen sich zu unterwerfen haben wie die übrigen. Muss das Schiff aus irgend einem zwingenden Grunde Halt machen, so müssen sämmtliche sich als nothwendig erweisende Arbeiten vom Schiffspersonal allein besorgt werden. Die Kohleneinnahme in Port Said geht an einem eigens für diesen Zweck vorgesehenen Theil des Hafens vor sich. Das sanitäre Ueberwachungspersonal, die Lotsen etc., welche das Schiff begleitet haben, sind in Port Said zur Desinfection ihrer Kleider anzuhalten. Auch ein verseuchtes Schiff darf, wenn es Arzt und Desinfectionsofen besitzt, in der eben erwähnten Weise, nach erfolgter Desinfection und nach Zurücklassen nicht nur seiner kranken, sondern auch seiner verdächtigen Insassen, d. h. derjenigen Personen, die mit ersteren in irgendwelche Berührung gekommen sind, in Quarantäne den Suezkanal passiren.

Für den persischen Meerbusen wurden ähnliche Vorkehrungen angeordnet und das mit Recht, da von hier aus Pest und Cholera gleich-

falls Europa gefährden, eine Gefahr, die sich noch erhöhen wird, wenn die projectirte Eisenbahnverbindung zwischen diesem Golf und dem mittelländischen Meer einmal zu Stande kommt. Die Beobachtungsstation wurde an die Meerenge von Ormuz verlegt, an welcher die Schiffe dieselben Formalitäten zu erfüllen haben wie an den Mosesquellen. Den persischen Golf können die Schiffe gleichfalls bis nach Bassora in Quarantäne passiren, und hier werden dann erst die letzten sanitären Maassnahmen getroffen, so dass auch für diese Handelsstrasse der Verkehr in möglichst geringem Umfange eingeschränkt erscheint.

Eine weitere grosse Gefahr für die Verbreitung der Seuchen bilden die alljährlich sich wiederholenden Pilgerzüge nach Mekka. Weder die Cholera noch die Pest sind dort endemisch; sie werden vielmehr eingeschleppt, und alle bisher unternommenen Schritte haben sich als ungenügend erwiesen, da von 1871—93 die Cholera in Mekka nicht weniger als acht Mal ausgebrochen ist. Es war also gewissermaassen Pflicht der internationalen Sanitätsconferenzen, sich auch mit diesem Gegenstande zu befassen, was auch in ausgiebiger Weise zu Paris 1894 und zu Venedig 1897 geschah.

Die Pilgerschiffe werden stets einer genauen Untersuchung in Bezug auf Reinlichkeit, Trinkwasser und Nahrungsmittel unterzogen; sie müssen für jeden Pilger, gleichgültig welchen Alters, einen Raum von 1,5 qm bei einer Zwischendeckshöhe von ca. 180 cm bieten. Die Pilger passiren vor der Einschiffung eine ärztliche Visite, damit keine Kranken an Bord gelangen können; sie müssen jederzeit den Nachweis führen, dass sie über genügende Mittel verfügen, um ihre Fahrt zu Ende zu führen. Auf dem Dampfer soll ein Desinfectionsofen aufgestellt sein; ausserdem muss ein Arzt den Transport begleiten; bei mehr als 1000 Pilgern werden 2 Aerzte gefordert. Letztere haben für grösstmögliche Reinlichkeit, für zweckentsprechende Ernährung (5 Liter Wasser täglich pro Kopf!), für die Instandhaltung und dreimalige tägliche Desinfection der Latrinen, von denen je eine auf 100 Personen gerechnet wird, zu sorgen. Ein ständiges Lazareth hat sich auf dem Verdeck zu befinden, bei Anwesenheit von mindestens 50 weiblichen Pilgern ausserdem noch ein zweiter kleinerer Krankenraum; in beiden dürfen aber unter keiner Bedingung ansteckende Kranke aufgenommen werden. Um für letztere Obdach zu schaffen, muss ein jedes Schiff die nöthigen Materialien mit sich führen, um einen temporären Isolirraum herstellen zu können. Die Behandlung der Kranken und die nothwendige Desinfection erfolgt nach den bekannten, schon des Oefteren erörterten Principien. Der Capitän führt eine genaue Passagierliste, registrirt in derselben jeden Krankheits- und Todesfall und hat dieselbe in jedem neuen Aufenthaltsort behördlich visiren zu lassen.

Für die Pilgerschiffe, welche von Süden kommen, dient als Beobachtungsstation Camaran, für die von Norden anlangenden El Tor. Die verdächtigen Fahrzeuge müssen dort ihre Insassen landen, welche eine Reinigungsdouche oder ein Seebad erhalten; ihre schmutzige Wäsche wird

desinficirt, ebenso diejenigen Schiffstheile, welche Kranke beherbergt haben und verunreinigt sind; das Kielwasser wird gewechselt. Die Dauer dieser Operationen darf 72 Stunden nicht überschreiten. Erfolgt während dieser Zeit kein neuer Krankheitsfall, so wird das Schiff weiter nach Djeddah dirigirt, wo eine zweite ärztliche Visite an Bord stattfindet. Fällt dieselbe günstig aus, und erklären die Schiffsärzte unter Eid schriftlich, dass kein neuer Fall vorgekommen, so steht der Ausschiffung der Pilger nichts mehr im Wege, und sie dürfen sich sofort an Land begeben. Sind dagegen Neuerkrankungen constatirt worden, so wird das Schiff nach Camaran resp. El Tor zurückgesandt und dort wie ein verseuchtes Schiff behandelt, indem die Kranken im Landungshospital isolirt und eine gründliche allgemeine Desinfection veranstaltet wird. Die gesunden Pilger dieser Schiffe bleiben so lange in Beobachtung, bis nach dem letzten Krankheitsfall eine das Incubationsstadium um 1—2 Tage überschreitende Frist verstrichen ist. Jetzt darf das Schiff wiederum nach Djeddah zurückkehren, und hier werden die Pilger an Bord einzeln nochmals sorgfältig auf ihren Gesundheitszustand hin untersucht. Haben sich trotz all dieser Vorsichtsmaassregeln dennoch neue Seuchenfälle eingestellt, so wird das Schiff abermals nach der Beobachtungsstation zurückdirigirt.

Wenn während der ganzen Pilgerfahrt keine Seuche ausgebrochen war, so werden diejenigen Pilger, die nach Norden zurückkehren, in El Tor gelandet, nehmen dort ein Bad und lassen ihr Gepäck, das etwa suspekt sein könnte, desinficiren. Herrscht dagegen in Mekka eine Epidemie, so wird auf das Strengste wieder dasjenige Reglement durchgeführt, welches wir für die inficirten Schiffe beschrieben haben. Die Beobachtungsdauer für sämmtliche Pilger erstreckt sich hier auf eine Zeit von der Länge des Incubationsstadiums von dem Momente an gerechnet, in dem die Desinfection vollendet ist. Die mitgebrachten Lebensmittel werden desinficirt oder vernichtet; die Schläuche, in denen das heilige Wasser aus Mekka mitgeführt wird, sollen durch steinerne oder metallene Gefässe ersetzt werden. Den Suezcanal dürfen Pilgerschiffe überhaupt nur in Quarantäne passiren; ereignen sich während dieser Fahrt Krankheitsfälle, so wird das betreffende Fahrzeug sofort nach El Tor zurückgesandt.

Die Pilger ägyptischer Herkunft steigen an einem bestimmten Ort des Canals an Land und müssen sich dort einer dreitägigen ärztlichen Beobachtung unterwerfen; den übrigen Nationalitäten ist der Eintritt in Aegypten untersagt.

Die in Karawanen reisenden Pilger unterziehen sich in El Tor einer Quarantäne.

Für die nach Süden durch die Meerenge von Bab-el-Mandeb zurückkehrenden Pilger gelten bei weitem nicht so strenge Vorschriften; es können vor der Einschiffung diejenigen Maassnahmen getroffen werden, die auch in ihren Heimathshäfen üblich sind; das hängt aber vollständig von dem begleitenden Arzt oder dem betreffenden Consul ab.

Sollten nun aber all diese Beschlüsse und Maassregeln irgendwelche Erfolge nach sich ziehen, so musste auch dafür gesorgt werden, dass genügend ärztliches Personal, ausreichende Desinfectionsgelegenheiten, geeignete Isolirspitäler und Beobachtungsräume geschaffen wurden. Die letzte Conferenz in Venedig hat es sich angelegen sein lassen, gerade diesen letzten Punkt auf das Energischste zu betonen. Die Station an den Mosesquellen bekam einen erheblichen Zuwachs; es wurde eine Erhöhung des Personals auf 7 Aerzte und 20 Wärter beschlossen; ein neues Isolirhospital, 3 Desinfectionsapparate, Baracken, Zelte, Badeeinrichtungen sollen installirt werden. Die Pilgerstation El Tor wird gleichfalls eine Reorganisation erfahren; auch Camaran soll erhebliche Verbesserungen und zum Theil Neugründungen erhalten; die neu beantragten Stationen am persischen Meerbusen in Ormuz und Bassora sollen sobald wie möglich erbaut werden; bis dahin hat eine ausgiebige und strenge Beobachtung dieser Regionen stattfinden.

Die Oberaufsicht über das Ganze führen der Conseil supérieur de santé in Constantinopel und der Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire in Alexandrien. Denselben gehören türkische resp. ägyptische Aerzte und Beamte an, ausserdem Delegirte sämmtlicher Gesandtschaften. Der Einfluss des ersteren, der eigentlich nur während der vierziger Jahre unabhängig funktionirte, ist momentan verschwindend gering. Was die Commission in Alexandrien angeht, so haben wir schon oben erwähnt, dass sie bei der ersten Sanitätsconferenz in Venedig 1892 durch Verminderung des eingeborenen Elements eine bemerkenswerthe Verbesserung erfahren hat.

Ob man aber Recht daran gethan, einen Theil der Ausführung der Konferenzbeschlüsse der Körperschaft in Konstantinopel anzuvertrauen, ist wohl mit Recht anzuzweifeln. Im persischen Golf ist bisher weniger als nichts geschehen, wie aus einem Reisebericht, den ein ärztlicher Korrespondent der Semaine médicale am 30. October 1897 erstattet, auf das Evidenteste hervorgeht. Es handelt sich um nichts anderes als um Scheineinrichtungen, und man muss sich in der That die Frage vorlegen, wie lange die Grossmächte noch derartige gefahrdrohende Zustände dulden wollen.

Richten wir nun noch einen kurzen Blick auf die in Europa bestehenden Quarantäne-Hospitäler, welche die Einschleppung von Seuchen durch Schiffe verhüten sollen, so ist es wiederum vor Allem England, welches durch geeignete Vorkehrungen dieser Gefahr zu begegnen sucht. In einer ganzen Reihe von Häfen bestehen schwimmende Spitäler und Baracken, welche speziell zur Aufnahme von Cholerakranken bestimmt sind, und in welche dieselben direct von Bord aus verbracht werden. In Bezug auf ihre Einrichtung gleichen sie im Wesentlichen den schon früher beschriebenen. In England, sowie auch in anderen Ländern existiren ausserdem in Hafenplätzen Landspitäler, welche dem gleichen Zwecke dienen. In Deutschland kann als Muster die in Cuxhafen erbaute Quarantäneanstalt bezeichnet werden, die sich aus einem Pavillon

zu 12 Betten, 3 Baracken, einer Beamten- und einer Wärterwohnung, einem Desinfectionsschuppen und einem Leichenhaus zusammensetzt. Etwaige Kranke werden per Boot in dieses Lazareth verbracht, in den Baracken beobachtet und nach Feststellung einer Seuchenerkrankung in den Pavillon aufgenommen. Die Abwässer werden desinficirt und dann direct in die Elbe geleitet.

Im Anschluss an die vorangegangenen Besprechungen mögen hier noch einige Worte über die Ausführung der schon mehrfach erwähnten Desinfection von Eisenbahnwagen und Schiffen ihren Platz finden. Erstere werden, falls sie nicht gepolstert sind, wie z. B. die Waggons III. Klasse und die Güterwagen, einfach mit Kalkmilch oder 5 proc. Carbollösung ausgewaschen. Gepolsterte Wagen wäscht man mit Schmierseifenlösung, um ev. Beschmutzungen mit Se- und Exkreten zu entfernen, bürstet sie mit 5 proc. Carbollösung nach und setzt sie dann etwa 8 Tage der Lüftung aus. Auch die Desinfection mit Formalin ev. mittelst Spray ist empfehlenswerth. Die einzelnen in den Coupés vorhandenen Utensilien (Teppiche, Kissen, Spiegel etc.) sind nach den früher angegebenen Vorschriften zu behandeln.

Die Schiffsdesinfection findet in folgender Weise statt: Alle Wohnräume unterliegen einer zweimaligen Abwaschung mit 5 proc. Carbolsäurelösung, der nach Ablauf von 24 Stunden eine gehörige Abspülung mit Wasser und eine ausgiebige Lüftung folgt. Ganz besonders gründlich muss dieses Verfahren in den mit Koth oder Erbrochenem besudelten Räumen ausgeübt werden. Oertlichkeiten, in denen der Carbolsäuregeruch störend wirken würde, wie Salons, Speisekammer etc., werden zweimal mit Kalkmilch gestrichen und dann feucht abgewaschen, oder mit heisser Schmierseifenlösung gebürstet und mit Wasser nachgespült, oder mit frischem Brot abgerieben. Die Aborte werden in der oben angegebenen Weise desinficirt. Von besonderer Bedeutung ist die Reinigung des Kielwasserraums. In denselben wird an möglichst vielen von denjenigen Stellen, welche leicht zugänglich sind, Kalkmilch eingeschüttet, gut verrührt und die Wände desselben mit dem gleichen Material getüncht; an den nicht zugänglichen Stellen muss durch die Pumpen so lange Kalkmilch eingegossen werden, bis der Kielraum vollständig gefüllt ist. Dieselbe Art der Desinfection gilt für den „Wasserballast“. Im Allgemeinen sind bei Holzschiffen 40—60, bei eisernen 60—120 l Kalkmilch auf 1 m Schiffslänge zu rechnen.

Während wir uns bisher mit der Fürsorge für Infectionskranke im Allgemeinen beschäftigt haben, bedürfen jetzt noch die einzelnen Infectionskrankheiten einer gesonderten kurzen Erörterung, in welcher auf eine Specialisirung der zu ergreifenden Maassregeln im Hinblick auf die Natur und Verbreitungsweise der einzelnen Affektionen das Augenmerk zu lenken ist.

Für die Pockenkranken wird von jeher mit besonderem Nachdruck die Forderung erhoben, dass sie unter allen Umständen eigener Isolierspitäler bedürfen, die niemals mit Kranken anderer Kategorien be-

legt werden sollen. Die alte Annahme, dass die Ansteckung durch die Luft auf ziemlich weite Strecken erfolge, dass daher benachbarte Häuser als gefährdet erscheinen, zählt auch heute noch viele Vertreter. Wir brauchen uns auf die Berechtigung oder Nichtberechtigung dieser Hypothese nicht weiter einzulassen, da wir ja von vornherein dafür eingetreten sind, dass alle Isolirspitäler ohne Ausnahme in angemessener Entfernung von menschlichen Wohnungen zu errichten seien. Für die Pockenhäuser erscheint wohl als wichtigste Forderung die Vaccination und Revaccination des gesammten Personals. Im Uebrigen ist diese Frage für Deutschland so gut wie gegenstandslos, da wir eine gesetzliche Regelung der Impffrage glücklicher Weise besitzen. Als Infectionsquellen sind zu betrachten der Bläscheninhalt, die Hautschuppen und die verschiedenen Sekrete; das Virus haftet ausserordentlich lange an gebrauchten Kleidern, Wäsche etc.

Beim Scharlach soll die Contagiosität mit dem Aufhören der Abschuppung zu Ende sein, wie in den meisten Lehrbüchern noch heute behauptet wird. Darauf darf jedoch nicht mit Sicherheit gezählt werden, denn es existiren in der Litteratur, worauf Netter in letzter Zeit mit grösstem Nachdruck hingewiesen hat, zahlreiche Fälle, in denen noch später eine Contagion erfolgte. Der französische Autor hat es sich deshalb zum Prinzip gemacht, Scarlatinakranke 55—60 Tage zu isoliren. Ansteckend wirken Hautschuppen und Sputa; sie halten sich unter Umständen bis zu 6 Monaten an den Gebrauchsgegenständen infectionstüchtig.

In den Masern haben wir in der Regel eine leichte Krankheit vor uns, die schon aus dem Grunde kaum einer Isolirung bedarf. Letztere wäre auch so wie so illusorisch, da die Ansteckung bereits erfolgen kann und auch erfolgt in dem sogen. Invasionsstadium, d. h. in den 3—4 Tagen, die der eigentlichen Eruption vorausgehen, und die sich durch Schnupfen, Husten, Conjunctivitis kennzeichnen. Während dieser ganzen Periode ist eine definitive Diagnose nicht zu stellen, wird auch in der Regel der Arzt gar nicht konsultirt. Die Kranken sind nicht bettlägerig; sie finden also Gelegenheit genug, Andere zu inficiren. Nichtsdestoweniger möchten wir aber der Anschauung entgegentreten, als ob die Masern nach erfolgtem Ausschlag und während der Reconvalescenz gar nicht mehr ansteckend sein sollen. Es sind genügend Beobachtungen, die dieses beweisen, veröffentlicht worden, und wir können auf Grund eigener Erfahrungen dieselben nur bestätigen. Werden die Masern isolirt, so muss auf das Strengste darauf gesehen werden, dass die Patienten mit Bronchopneumonien nicht mit den Uebrigen zusammengelegt bleiben, da man sonst Gefahr läuft, dass letztere so gefährliche Komplikation ihrerseits in dem Isolirraum epidemisch wird. Das Virus ist zu suchen in dem Nasen-, Mund- und Conjunctivalsecret und in den Hautschuppen; dasselbe ist sehr vergänglich, hält sich höchst wahrscheinlich nicht über 1—2 Tage hinaus; in Folge dessen ist auch eine nachträgliche Desinfection des Krankenzimmers unnöthig.

Zu den ausserordentlich contagiösen Krankheiten gehört der Flecktyphus. Derselbe wird in den meisten Fällen durch herumvagabundirendes Gesindel verschleppt und verbreitet. Es müssen deswegen prophylaktisch die Asyle für Obdachlose und dergl. auf das Sorgfältigste überwacht und von Zeit zu Zeit desinficirt werden. Die ankommenden Reisenden erhalten ein Bad, ihre Kleider und Effecten werden der Desinfection unterzogen, da auch erfahrungsgemäss das Gift (Haut, Se- und Excrete) des exanthematischen Typhus lange Zeit an den Gebrauchsgegenständen haftet. Bei uns in Deutschland ist besonders in den östlichen Gegenden das Augenmerk auf diese Prophylaxe zu richten, da von Russland aus der Flecktyphus nicht allzu selten importirt wird; es sind auch bereits wiederholt diesbezügliche ministerielle Verordnungen in Preussen erlassen worden.

Auch für Recurrens droht uns die Gefahr durch die russische Auswanderung. Die Erreger der Krankheit sind bekanntlich die Obermeier'schen Spirillen; da dieselben jedoch ausserhalb des Körpers in Wasser, auf Nahrungsmitteln, in der Luft ihre Lebensfähigkeit alsbald verlieren, so spielen wahrscheinlich die gewöhnlichen Infectionsmodi durch den Respirations- und Digestionstraktus kaum eine Rolle. Wir wollen nicht verhehlen, dass von einzelnen Autoren ein Persistiren der Mikroorganismen der Febris recurrens an den Gebrauchsgegenständen angenommen wird; wir müssen jedoch betonen, dass die Spirillen anscheinend das Blut nicht verlassen, dass in Folge dessen die Krankheit nur mit demselben übertragen zu werden vermag. Ob bei dieser Uebertragung blutsaugende Hautparasiten in Frage kommen, ist bisher noch nicht völlig sichergestellt.

Unsere Kenntnisse über die Pest sind in den letzten Jahren bei Gelegenheit der letzten indischen und chinesischen Epidemie sehr bereichert worden. Wir kennen jetzt dank Kitasato und Yersin ihren Bacillus, wir wissen, dass derselbe im Buboneneiter sich immer, im Sputum, Blut und in den Faeces nicht selten sich aufhält. Als gefährlich sind laut Rundschreiben des Reichskanzlers vom Jahre 1897 zu betrachten: Leibwäsche, alte und gebrauchte Kleidungsstücke und Bettzeug, Lumpen, Teppiche, unbearbeitete Häute, Haare, Wolle, Borsten, Klauen, Hufe; dieselben dürfen nicht eingeführt werden. Wie man sich ihnen gegenüber verhält, wenn Reisende aus Pestgegenden sie mit sich nehmen, haben wir eingehend erörtert. Für die Verbreitung der Pest hat man bereits im Mittelalter Ratten und Mäuse als Zwischenträger angeschuldigt. Die neueren Erfahrungen scheinen nun in der That für die Richtigkeit dieser Beobachtung zu zeugen. In der Regel geht dem Ausbruch einer Pestepidemie ein grosses Sterben unter diesen Thieren voraus, und die Inder sind von diesem Zusammenhang so fest überzeugt, dass sie ihre Wohnungen unverzüglich verlassen, sobald sie einen derartigen Thiercadaver in denselben antreffen. Auch im Experiment erweisen sich Ratten und Mäuse als sehr empfänglich für die Pest; ausserdem ist es aber der Deutschen Pestcommission, die sich 1897

zwecks Studiums der Seuche nach Bombay begeben hatte, geglückt, sich den Cadaver einer in Freiheit verendeten Maus zu verschaffen und in demselben massenhaft die Kitasato-Yersin'schen Stäbchen nachzuweisen. Es ist deshalb leicht verständlich, wenn in dem oben genannten Schreiben des Reichskanzlers an die Seeuferstaaten auch der Passus sich befindet, „dass mit Nachdruck darauf hingewirkt werden soll, dass nicht Ratten und Mäuse die Seuche von Bord der Schiffe verschleppen." — Die Pest verbreitet sich nicht explosionsartig, sondern schreitet immer von Haus zu Haus weiter fort. Als Eingangspforte kann jede Hautverletzung dienen, und wenn wir uns das früher über die Pest Gesagte ins Gedächtniss zurückrufen, dann kann es uns nicht mehr Wunder nehmen, dass gerade in den unteren Klassen der asiatischen Bevölkerung diese Seuche in so erschreckender Häufigkeit wüthet. Die prophylaktischen Forderungen würden sich hieraus von selbst ergeben, in kurzen Worten: Verbesserung der socialen Lage dieser Unglücklichen.

Bei der Cholera vermag man so recht zu übersehen, welchen Nutzen die bakteriologische Forschung in der Bekämpfung der Infectionskrankheiten gebracht, welchen Wandel in den Anschauungen sie durch bessere Kenntniss des Krankheitsagens und seiner biologischen Merkmale geschaffen hat. Dank dieser gegebenen Grundlage war es den Sanitätsconferenzen ermöglicht, ihre Wünsche zu formuliren, ihre Forderungen zu stellen, ohne den Handelsverkehr wesentlich zu beeinträchtigen. Gleich wie bei der Pest geht auch hier das Bestreben dahin, die Waareneinfuhr so viel wie möglich in Ruhe zu lassen, und nur die Ausfuhr von sicher suspecten Sachen aus den verseuchten Bezirken zu verbieten. Die Koch'schen Choleravibrionen befinden sich hauptsächlich in den Faeces und den erbrochenen Massen des Patienten. Sie sind zum Glück ausserordentlich empfindlich gegen Austrocknung und halten sich nur, wenn genügende Feuchtigkeit ihrer Unterlage und der sie umgebenden Luft vorhanden ist. Dass zu Zeiten der Choleragefahr den Trinkwasseranlagen erhöhte Aufmersamkeit zu widmen ist, um ihre Verunreinigung mit vibrionenhaltigen Abwässern zu verhüten, haben wir weiter oben, als wir die Entstehungsweise der Epidemie schilderten, des Genaueren erörtert. Wie sehr sich eine Sorglosigkeit in dieser Hinsicht rächen kann, das zeigt zur Genüge die Hamburger Choleraepidemie von 1892. Die Beaufsichtigung der Flüsse und der auf ihnen verkehrenden Bevölkerung ist besonders in Hinsicht auf die Cholera angeordnet worden, da gerade Schiffer und Flösser es sind, welche auf der einen Seite die Wasserläufe leicht verunreinigen, auf der anderen Seite sich selbst leicht auf ihnen inficiren. Eine bemerkenswerthe Thatsache ist aber speciell noch bei der Cholera zu beachten, nämlich dass in verhältnissmässig leicht verlaufenden Diarrhoen zu Cholerazeiten Faeces die Koch'schen Vibrionen enthalten können, dass selbst die normalen festen Stuhlgänge vollständig Gesunder, die sich in

der Umgebung von Cholerakranken befunden haben, dieselben bisweilen beherbergen. Wenn wir es also bei anderen Infectionskrankheiten schon für wünschenswerth erklärt haben, die verdächtigen Personen, und unter diesen verstehen wir auch diejenigen, die mit den Kranken im Verkehr gestanden haben, zu beobachten, so ist diese Vorsichtsmaassregel bei der Cholera als zwingende Nothwendigkeit hinzustellen. Für solche Individuen müssen besondere Räume geschaffen werden, in denen sie einer ärztlichen Controle unterworfen sind, und wo auch die Möglichkeit gegeben ist, ihre Faeces bakteriologisch zu untersuchen.

An die Spitze unserer Betrachtungen über den Typhus möchten wir den Satz stellen, dass auch diese Infectionskrankheit direkte Contagiosität besitzt. Von einzelnen Seiten wird dies nämlich auch heute noch geleugnet, jedoch sicherlich mit Unrecht; denn in den Krankenhäusern, in denen noch die „gute“ alte Sitte besteht, Typhuskranke mit anderen Patienten zusammenzulegen, kommen häufig genug mehr als erwünscht und mehr noch als publizirt werden, Infectionen unter den Saalnachbarn vor. Es ist deswegen unbegreiflich, wie in ganz neuen, aus dem Jahre 1897 stammenden Desinfections-Vorschriften der Typhus abdominalis unter diejenigen Krankheiten gezählt wird, bei denen eine Desinfection nicht obligatorisch, sondern nur facultativ vorgenommen werden soll. — Die Erreger des Typhus haften einzig und allein in den Faeces und werden bei sorgloser Behandlung derselben auf Nahrungsmittel, in Brunnen und Wasserleitungen verschleppt. Sie erfreuen sich einer ziemlich bedeutenden Resistenz, bleiben anscheinend im Boden, sowie auch im Wasser Monate lang am Leben und infectionstüchtig. Zu ausgedehnten Epidemien und Pandemien wie die Cholera giebt der Typhus wohl nie Veranlassung; deswegen werden auch so rigorose Maassnahmen im Allgemeinen nicht getroffen. Nichtsdestoweniger ist es als unbedingt nothwendig zu erachten, die Trinkwasserversorgung auch im Hinblick auf den Typhus derart zu gestalten, dass eine eventuelle Infection mit Dejectionen nicht möglich ist. Der Nahrungsmittelverkehr ist in dem Sinne zu beaufsichtigen, dass aus Häusern, in denen Typhuskranke liegen, keine Milch, Gemüse etc. zum Verkauf gelangen. Am Beispiel des Typhus ist es so recht ersichtlich geworden, welchen Einfluss neben einer tadellosen Trinkwasserversorgung eine gute Canalisation ausübt. In Städten, die sich früher durch eine hohe Typhusmorbidität und -Mortalität auszeichneten, ist infolge dieser hygienischen Maassregeln der Typhus ein seltener Gast geworden.

Die Ruhr kommt für tropische Gegenden in Betracht. Bei uns in Deutschland tritt sie nur in einzelnen beschränkten Distrikten auf. Der Stuhlgang enthält ihre Erreger, die Amöben von Loesch, und es besteht gar kein Zweifel darüber, dass eine Ansteckung von Fall zu Fall durch die Faeces übermittelt zu werden vermag. Die allgemeine ärztliche Annahme geht allerdings dahin, dass meistens die Amöben aus der um-

gebenden Natur aufgenommen werden; dem Trinkwasser wird dabei die Rolle des Zwischenträgers zugewiesen.

Die Erreger des gelben Fiebers sind noch nicht mit völliger Sicherheit nachgewiesen. Bei drohender Epidemie würden wohl dieselben Maassregeln am Platze sein wie gegen die Cholera. Die Incubationsdauer beträgt im Durchschnitt 3 Tage; das Virus scheint an Gebrauchsgegenständen, Kleidern etc. zu haften.

Ob Pneumoniekranke isolirt werden müssen, darüber lässt sich streiten; unbedingt nöthig ist es unseres Erachtens nicht, weil die Ansteckungskraft der Lungenentzündung doch immerhin eine geringe zu nennen ist, wenngleich einzelne sichere Beobachtungen von Hausepidemien in der Literatur verzeichnet sind. Die virulenten Pneumokokken finden sich im Sputum und halten sich dort auch bei Eintrocknung ziemlich lange lebensfähig. Netter hat sie so im Staub von Zimmern, welche Pneumoniker beherbergt hatten, durch das Thierexperiment nachgewiesen.

Die Meningitis cerebrospinalis epidemica wird in einer grossen Anzahl von Fällen durch dasselbe Mikrobion wie die Pneumonie in Scene gesetzt. In neuerer Zeit scheint jedoch der Diplococcus intracellularis meningitidis gleichfalls in der Aetiologie dieser Erkrankung in Betracht kommen zu müssen. Beide Arten von Kokken wurden auch im Nasensecret der betreffenden Patienten gefunden; infolgedessen ist demselben wohl erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Es ist bemerkenswerth, dass die epidemische Genickstarre so hartnäckig an einzelnen Localitäten (Kasernen!) haftet.

Das Erysipel wird jetzt wohl überall isolirt. Hautschuppen, Bläscheninhalt, Eiter bergen die Streptokokken. Letztere halten sich ausserordentlich lange, und es sind Beispiele genug bekannt, dass in Zimmern, die früher mit Erysipelkranken belegt waren, diese Affection nicht mehr auszurotten ist.

Das Puerperalfieber ist mit dem Erysipel auf dieselbe Stufe zu stellen. Als infectiös sind besonders die Lochien zu betrachten.

Auch Pyämie und Septicämie, die durch virulent gewordene Eiter- und Entzündungserreger hervorgerufen werden, müssen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.

Die Bacillen des Tetanus treffen wir bei den Patienten nur local im Wundeiter; in der Natur finden wir sie in gedüngter Erde; im Pferdekoth und im Staub zwischen den Zimmerdielen. Eintrittspforte beim Menschen kann jede Läsion der äusseren Haut werden. Es müssen deshalb alle mit Erde verunreinigten, stark gequetschten und zerklüfteten Wunden auf das Peinlichste desinficirt werden. Einzelne Chirurgen gehen sogar so weit, bei Verletzungen, von denen man erfahrungsgemäss weiss, dass sie häufig Starrkrampf nach sich ziehen, prophylaktisch Heilserum zu injiciren.

Mit Milzbrand steckt sich der Mensch für gewöhnlich durch den Umgang mit milzbrandkranken Thieren oder deren Kadavern an. Nicht nur die frische Leiche erregt Infection, sondern auch durch Vermittlung

der Sporen, die sich bei freiem Luftzutritt im Sommer sofort entwickeln, alle Theile des Kadavers (Haut, Haare, Wolle, Hörner etc.) noch nach ausserordentlich langer Zeit. Die beste Prophylaxe besteht darin, die Milzbrandthiere zu verbrennen. Die Gefahr der Infection ist aber immer vorhanden durch den Import von verdächtigem Material aus fremden Ländern, die keine so strengen Polizeivorschriften wie die unsrigen bisher gegen Anthrax erlassen haben; es ist deswegen anzuordnen, dass diese sämmtlichen suspecten Provenienzen vor der Verarbeitung einer strengen Desinfection unterliegen.

Auch beim Rotz geht die Ansteckung allermeist vom Kontakt mit rotzkranken Thieren aus. Die Prophylaxe gipfelt im Tödten der erkrankten Pferde und im Verbrennen ihrer Leichen. Die übrigen Insassen desselben Stalles werden einer strengen Beobachtung unterworfen.

Gegen die Influenza ist schwer anzukämpfen; die Disposition ist eine derartig allgemeine, die Infectionsmöglichkeit dadurch, dass die Erkrankung den Patienten wegen ihres leichten Charakters oft genug nicht ans Haus fesselt, eine so verbreitete, dass irgendwie wirksame Vorschriften gar nicht gegeben werden können. Die Ansteckung geschieht durch Vermittlung der Athmungsorgane höchst wahrscheinlich durch Secrettröpfchen, die mit Influenzabacillen beladen sind, wie sie beim Husten und Niesen des Patienten in die Luft gelangen.

Beim Mumps erachten wir es als zweckmässig, Erwachsene vom Kranken fernzuhalten; denn wenn auch die Parotitis in der Regel eine harmlose Kinderkrankheit darstellt, so wird sie doch für Männer nur allzu häufig deswegen unangenehm, weil sie sich mit Orchitis, die mit Atrophie des Hodens enden kann, complicirt. Ansteckend wirkt der Speichel.

Keuchhusten erfordert nach der Ansicht der meisten Autoren keinen allzu grossen Aufwand von Vorsicht. Eine Ausnahme bildet nur die so gefürchtete Complication mit Bronchopneumonie. — Nicht scharf genug kann jedoch die Unsitte verurtheilt werden, Keuchhustenkinder zwecks Luftwechsel an andere seuchefreie Orte zu verbringen, um auf diese Weise letztere ebenfalls mit der Affection zu beglücken. Diese Praxis wird sich jedoch nicht so leicht ausrotten lassen, das es leider immer noch Aerzte genug giebt, die sie empfehlen zu müssen glauben. Den Ansteckungsstoff birgt der Auswurf.

Die klinische Diagnose der Diphtherie ist in nicht so seltenen Fällen ausserordentlich schwer oder gar nicht zu stellen. Anginen anscheinend ganz harmloser Natur, die besonders Erwachsene betreffen, enthalten sehr häufig den Löffler'schen Bacillus in höchst virulentem Zustande und werden so bisweilen zum Ausgangspunkt ganz schwerer Diphtherieerkrankungen. Die bacteriologische Diagnose ist deshalb in der Diphtherieprophylaxis als ein unumgängliches Postulat aufzustellen, da nur durch sie diese zweifelhaften Affectionen zu erkennen sind, und es geht hieraus zur Evidenz hervor, wie Recht wir hatten, als wir die Gründung von bacteriologischen Untersuchungsstätten für nothwendig erachteten. In den Isolirspitälern müssen die kleinen Patienten, bei denen

klinisch eine Entscheidung nicht zu treffen ist, in Beobachtungsräumen oder Pavillons verweilen, bis das Resultat der bacteriologischen Untersuchung eintrifft. Nachdem die Beläge sich abgestossen haben, bleiben die Löffler'schen Stäbchen noch eine geraume Zeit (bis zu 5 Wochen) im Munde der Rekonvalescenten am Leben und vermögen noch immer eine Neuinfection zu veranlassen. Es wäre also als wünschenswerthes Ziel zu erstreben, dass, nachdem die Affection klinisch beendet ist, besondere Genesungshäuser für Diphtherie zu Gebote ständen, in denen die Patienten so lange zurückgehalten werden, bis die bacteriologische Prüfung das vollständige Freisein der Mund- und Rachenhöhle ergiebt. Jedenfalls darf an den Schulbesuch vor Ablauf von 4—5 Wochen nicht gedacht werden. Die Desinfection bedarf ganz besonderer Sorgfalt, da die Diphtheriebacillen bei unvollständigem Austrocknen bis zu 7 Monaten, bei Eintrocknung in dicken Schichten bis zu 4 Monaten sich lebend erhalten. Man findet die Erreger in den Membranen und im Mundsecret.

Erkrankt in einer Familie ein Mitglied an Diphtherie, so halten wir es für empfehlenswerth, den übrigen Kindern eine prophylaktische Ein-

| | Bestehen besondere isolirte Krankenhäuser für die mit den regelmässig vorkommenden ansteckenden Krankheiten (Diphtherie, Scharlach, Typhus, Wochenbettfieber etc.) behafteten Personen? | Bestehen Isolirhäuser für den Fall einer grossen Epidemie? (Cholera etc.) |
|---|---|---|
| **Aachen** | Es besteht ein Isolirkrankenhaus (6 Baracken), welches bei den regelmässig vorkommenden ansteckenden Krankheiten benutzt wird und für den Fall einer Epidemie genügend Raum bietet. | |
| **Augsburg** | Nein! | Ein isolirtes Krankenhaus, welches sowohl bei einzelnen Fällen v. Blattern u. Cholera, als auch in denjenigen Fällen, in welchen letztere oder auch d. regelmässig vorkommenden ansteckenden Krankheiten epidemisch auftreten, benutzt wird. |
| **Barmen** | Ein „Reserve-Krankenhaus“ mit 66 Betten ist ausserhalb der Stadt gelegen und dient für die regelmässig vorkommenden ansteckenden Krankheiten und auch für den Fall einer grösseren Epidemie. Typhuskranke werden im städt. Spital isolirt. | |
| **Berlin** | In d. städtischen Krankenhäusern sind sog. Infectionspavillons u. Baracken eingerichtet. | Für d. Fall einer Epidemie werden d. Baracken des Krankenhauses Moabit verwendet. |
| **Bonn** | Nein! Die Universitätskliniken nehmen die ansteckenden Kranken auf. | Ein Isolir-Kontagienhaus. |
| **Bremen** | Isolirhäuser für Scharlach u. Diphtherie mit besonderen Zimmern für Erysipel im allgemeinen städtischen Krankenhaus u. im Privatkinderkrankenhaus. Typhus und Puerperalfieber werden nicht in besonderen Gebäuden isolirt. | Ein Pockenisolirgebäude. Eine Cholerabaracke zur Beobachtung u. Behandlung d. ersten vorkommenden Erkrankungen. Beim Ausbruch einer Epidemie ist d. Bau von Baracken in Aussicht genommen u. durch Verträge mit Lieferanten gesichert. |

spritzung von Heilserum zu verabfolgen. Es sind hierzu ja nur 250 Immunisirungseinheiten vonnöthen, und diese sind bei den hochwerthigen Präparaten, die jetzt zur Verfügung stehen, in so geringen Mengen von Serum enthalten, dass die nachtheiligen Folgen, die sich nach der Injection grösserer Quantitäten bisweilen einstellen, so zu sagen ganz und gar vermieden werden. Der Effect hält allerdings nur 4 Wochen an; allein in dieser Frist dürfte wohl das Schlimmste überstanden sein, und es könnte im Nothfalle bei noch weiter bestehender Gefahr zu einer zweiten Immunisirungseinspritzung geschritten werden. —

Im Anschluss an unsere Ausführungen geben wir im Folgenden eine Uebersichtstabelle, in welcher die in grösseren Städten und Universitätsstädten Deutschlands bestehenden Einrichtungen zur Bekämpfung der Infectionskrankheiten verzeichnet sind. Wir verdanken das Material der grossen Liebenswürdigkeit des Bürgermeisters von Strassburg Herrn Back und des Herrn Regierungsassessor von der Goltz, welchen wir auch an dieser Stelle unseren verbindlichsten Dank aussprechen möchten.

| Ist eine Desinfectionsanstalt in Betrieb und ist dieselbe dem Publikum allgemein zugänglich? | Eventuelle Angaben über | |
|---|---|---|
| | Obligatorische Desinfection bei: | Facultative Desinfection, die nach dem Ermessen der Polizeibehörde angeordnet wird, oder auf Wunsch des Interessenten erfolgt bei: |
| Ja! | Ueber obligatorische Desinfection existirt keine Verordnung; die Desinfection wird bei allen Infectionskrankh. dringend empfohlen. | — |
| Eine Anstalt im Krankenhause für dort vorkommenden Bedarf; eine weitere für den allgemeinen Gebrauch ist im Bau. | — | — |
| Eine Anstalt ist zweimal wöchentlich dem Publikum zur Benutzung geöffnet. | — | — |
| Eine Anstalt, die dem Publikum zugänglich ist, für Wohnungs- und Effectendesinfection; eine zweite ausschliesslich für die Besucher d. Asyls f. Obdachlose. | Cholera, Pocken, Flecktyphus, Recurrens, Diphtherie. | Typhus abdominalis, Meningitis, bösartigem Scharlach, Masern, Ruhr. (Tuberculose.) |
| Ja! | Bei Fällen von ansteckenden Krankheiten wird eine Desinfection von Polizeiwegen vorgenommen. | |
| Ja! (Die Anstalt besitzt besondere Personentransportwagen für Infectionskranke.) | — | — |

| | Bestehen besondere isolirte Krankenhäuser für die mit den regelmässig vorkommenden ansteckenden Krankheiten (Diphtherie, Scharlach, Typhus, Wochenbettfieber etc.) behafteten Personen? | Bestehen Isolirhäuser für den Fall einer grossen Epidemie? (Cholera etc.) |
|---|---|---|
| **Breslau** | Bei dem städt. Allerheiligenspital besteht ein von allen übrigen vollkommen abgesondertes Gebäude für die regelmässig vorkommenden Infectionskrankheiten. | Ein Krankenhaus mit 240 Betten nimmt für gewöhnlich Kranke aller Art, mit Ausn. ansteckender Kranken auf. Bei eintret. Epid. wird es sofort geräumt u. ausschliesslich zur Unterbringung d. epidemisch Kranken benutzt werden. |
| **Chemnitz** | Isolirräume im Stadtkrankenhause. (Typhus wird im Allgemeinen nicht isolirt!) | Eine Cholerabaracke. |
| **Crefeld** | Isolirstationen im städt. Krankenhause. | Ein Epidemiehaus mit 5 Betten, zwei Baracken mit 100 Betten auf dem Krankenhausgrundstück. |
| **Danzig** | Nein! | Nein! |
| **Dresden** | Isolirgebäude für Scharlach, Masern, Diphtherie und Ruhr. | Isolirgebäude f. Cholera u. Pocken. |
| | Alle diese Gebäude liegen auf dem | Grundstück d. allg. Stadtkrankenhauses. |
| **Düsseldorf** | Nein! | Das städtische Barackenkrankenhaus. |
| **Elberfeld** | Ein Isolirhaus auf dem Grundstück d. städt. Krankenhauses. | Ein Haus mit Baracke an d. Peripherie der Stadt f. Cholera, Pocken u. Flecktyphus. |
| **Erfurt** | Ein Haus für Diphtherie u. Scharlach. Ein Haus f. Typhus etc. (Beide auf d. Grundstück d. städt. Krankenhauses. | Eine Choleraharacke. Besondere Anstalt f. d. Aufnahme von Familien Cholerakranker für d. Zeit d. Desinfection ihrer Wohnung. |
| **Erlangen** | Isolirräume in d. Universitätskliniken. | Ein Isolirgebäude im Hofe d. städt. Armenhauses. |
| **Essen** | Nein! | Isolirbaracken. |
| **Frankfurt a. Main** | Zwei Isolirhäuser auf dem Grundstück des städt. Krankenhauses. | Die neben erwähnten Isolirhäuser u. 4 Döcker'sche Baracken. |
| **Freiburg i. Breisg.** | Eine Isolirbaracke für Typhuskranke im klinischen Hospital. | Ein „Nothspital", welches vollständig frei steht. |
| **Giessen** | Isolirräume in d. klinischen Universitätsanstalten. | Isolirräume u. eine Isolirbaracke zu 10 Betten. |
| **Göttingen** | Zwei Isolirhäuser f. Diphtherie, Scharlach, Masern, Typhus. Eine Isolirabtheilung f. Puerperalfieber; alles auf dem Terrain der Universitätskliniken. | Nein! |

| Ist eine Desinfectionsanstalt in Betrieb und ist dieselbe dem Publikum allgemein zugänglich? | Eventuelle Angaben über Obligatorische Desinfection bei: | Eventuelle Angaben über Facultative Desinfection, die nach dem Ermessen der Polizeibehörde angeordnet wird, oder auf Wunsch des Interessenten erfolgt bei: |
|---|---|---|
| Für gewöhnlich ist eine Anstalt dem Publikum zugänglich. In Epidemiezeiten sind noch drei andere Desinfectionseinrichtungen der öffentlichen Benutzung dienstbar. | Cholera, Pocken, Flecktyphus, Recurrens, Diphtherie. | Bösartigem Scharlach und anderen übertragbaren Krankheiten. |
| Ja! (Auf dem Grundstück des Stadtkrankenhauses.) | — | — |
| Ja! (In Verbindung mit dem Krankenhaus.) | — | — |
| Ja! (Eine zweite Anstalt ist im Bau.) | — | — |
| Es besteht eine besondere Wohnungsdesinfectionscolonne. Zwei „Entseuchungsanstalten". | — | — |
| Eine Privatdesinfectionsanstalt, welche auch die polizeilicherseits angeordneten Desinfectionen ausführt und dem Publikum zugänglich ist. | — | — |
| Ja! (In Verbindung mit dem städtischen Krankenhaus.) | — | — |
| Ja! | Cholera, Pocken, Flecktyphus, Recurrens, Typhus abdominalis, Diphtherie. | Scharlach, Masern, Ruhr, Meningitis, Lungentuberculose, Keuchhusten. |
| Ja! | Blattern, Cholera. | Typhus abdominalis, Flecktyphus, Recurrens, Meningitis, Diphtherie, Croup, Keuchhusten, Scharlach, Masern, Puerperalfieber, Pyämie, Tetanus, Erysipel, Ruhr, Rotz, Milzbrand, Tuberculose, Lyssa etc. |
| Vier Desinfectionsapparate, die alle d. Publik. zugänglich sind. | — | — |
| Ja! | — | — |
| Ja! | — | — |
| Ja! | — | — |
| Ja! | — | — |

| | Bestehen besondere isolirte Krankenhäuser für die mit den regelmässig vorkommenden ansteckenden Krankheiten (Diphtherie, Scharlach, Typhus, Wochenbettfieber etc.) behafteten Personen? | Bestehen Isolirhäuser für den Fall einer grossen Epidemie? (Cholera etc.) |
|---|---|---|
| **Greifswald** | Mehrere Isolirbaracken. | Nein! Für den Fall grösserer Epidemien werden besondere Räumlichkeiten bereitgestellt. |
| **Halle** | In der Universitätsklinik: eine Diphtherieabtheilung u. Isolirzimmer. — Im Diakonissenhause: Isolirabtheilungen f. Scharlach u. Diphtherie. — Im Elisabethkrankenhause: Isolirzimmer. | Eine Choleraharacke mit 24 Betten. |
| **Hamburg** | Im neuen allgemeinen Krankenhaus zu Eppendorf sind Isolirpavillons für Diphtherie, Scharlach, Typhus, Wochenbettfieber. In anderen Krankenhäusern bestehen besondere Isolirräume für diese Kranken. | Epidemieabtheilung (120 Bett.) und 6 Holzbaracken (126 Bett.) a. d. Terrain d. neuen Krankenhauses. — Barackenlazareth (245 Bett.) an d. Ericastr. — Barackenlazareth (105 Bett.) am Schlump. (Letztere beiden sollen bald abgerissen werden). Bemerkg. Ein Beobachtungshaus (100 Bett.) f. Gesunde aus d. Umgebung v. Infectionskranken ist beantragt. Es soll auch z. zeitweiligen Unterbringung v. Familien dienen, während d. Wohn. derselben desinficirt werden. |
| **Heidelberg** | Nein! | 2 Isolirbaracken zu je 24 Betten. |
| **Jena** | Ein Isolirhaus beim Grossherzogl. Landkrankenhaus. | Nein! |
| **Karlsruhe** | Nein! | Ein Absonderungshaus für Blattern- u. Cholerakranke. |
| **Kiel** | Nein! | 2 Isolirhäuser. |
| **Köln** | Isolirbaracken für Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten. Dieselben sind untereinander u. von d. übrigen Krankenhausgebäuden streng isolirt. | Nein! |
| **Königsberg** | Eine massive Isolirbaracke (80 Betten) mit sechs getrennten Abtheilungen. Zwischenwänden f. Typhus, Scharlach, Masern. — Eine Döckersche Baracke. — Ein Diphtheriehaus (20 Betten). — Eine Isolirstation für contagiöse Augen entzündung (60 Betten.) | Ein Isolirhaus f. Pocken u. Lepra. Die nebenstehend. Isoliranstalten werden f. d. Fall einer Epidemie geräumt. Ausserdem steht noch eine Döcker'sche Baracke u. provisorisch auch d. städt. Armenhaus u. d. städt. Turnhalle zur Disposition, welche beiden letzteren in 12 Stunden in Lazarethe umgewandelt werden können. |
| **Leipzig** | Eine Diphtheriebaracke, zwei Baracken f. andere Infectionskrankheiten auf d. Terrain d. städt. Krankenhauses. | Eine besondere v. 4 Baracken gebildete u. mit einer Planke umgebene Isolirabtheilung („Dörfchen") mit separatem Ein- u. Ausgang u. separaten Verwaltungs- u. Desinfectionsbauten. |

| Ist eine Desinfectionsanstalt in Betrieb und ist dieselbe dem Publikum allgemein zugänglich? | Eventuelle Angaben über | |
|---|---|---|
| | Obligatorische Desinfection bei: | Facultative Desinfection, die nach dem Ermessen der Polizeibehörde angeordnet wird, oder auf Wunsch des Interessenten erfolgt bei: |
| Ja! | Cholera, Pest, Pocken, Flecktyphus, Recurrens, Diphtherie, Scharlach. | Darmtyphus, Meningitis, bösartigen Masern, Ruhr, Tuberculose. |
| Ja! | Krankheits- und Sterbefälle an: Cholera, Pocken, Flecktyphus, Recurrens; Sterbefälle an: Diphtherie, Scharlach, Kindbettfieber, Lungenschwindsucht. | Erkrankung an: Diphtherie, Scharlach, Kindbettfieber, Lungentuberculose; Krankheits- u. Sterbefälle an: Darmtyphus, bösartiger Ruhr und anderen ansteckenden Krankheiten. |
| Ja! (Zwei Anstalten.) | Pest, Cholera, Gelbfieber, Flecktyphus, Pocken, Scharlach, Diphtherie. | Tuberculose, Darmtyphus, Erysipel, Wochenbettfieber etc. |
| Ja! | Diphtherie, Scharlach, Typhus, tödtliche Lungentuberculose. | — |
| Nein! | — | — |
| Ja! (In Verbindung mit dem städtischen Krankenhaus.) | Diphtherie, Croup, Scharlach. | — |
| Ja! | Cholera, Pocken, Flecktyphus, Recurrens, Diphtherie. | Darmtyphus, bösartigem Scharlach, bösartiger Ruhr. |
| Ja! | — | — |
| Ja! Eine öffentliche Anstalt. Ein besonderer Apparat für die städtischen Krankenanstalten. Ein Verbrennungsofen für werthlose inficirte oder verdächtige Gegenstände. | — | — |
| Ja! Zwei Anstalten. | — | — |

| | Bestehen besondere isolirte Krankenhäuser für die mit den regelmässig vorkommenden ansteckenden Krankheiten (Diphtherie, Scharlach, Typhus, Wochenbettfieber etc.) behafteten Personen? | Bestehen Isolirhäuser für den Fall einer grossen Epidemie? (Cholera etc.) |
|---|---|---|
| **Lübeck** | Ein Isolirhaus (38 Betten) f. Masern, Scharlach, Diphtherie im Anschluss an das allgem. Krankenhaus. Ein Isolirhaus (8—10 Bett.) im Kinderhospital. | Ein „Pockenlazareth" mit 32 Betten auf abgeschlossenem Gelände. Zwei Döcker'sche Baracken à 12 Betten. |
| **Magdeburg** | Ein Diphtheriepavillon, Isolirräume in den Krankenanstalten. | Eine Cholerabaracke. |
| **Mainz** | Ein Isolirhaus f. Diphtherie u. Scharlach. | Ein Isolirlazareth an d. äussersten Peripherie d. Stadt mit ca. 60 Betten. (Dasselbe dient z. Z. als Reconvalescentenheim.) |
| **Mannheim** | Isolirzimmer f. Diphtherie, Scharlach u. Typhus. | Ein Isolirspital (60 Bett.), welches bei Platzmangel im allgem. Krankenhause auch anderweitig benutzt wird. Ein „Blatternbau". |
| **München** | Isolirsäle u. Zimmer in d. beiden allgem. Krankenhäusern. — Ein Diphtheriepavillon wird gebaut. | Jedes d. beiden Krankenhäuser besitzt ein Absonderungshaus für Pocken, Cholera, Flecktyphus, Lepra, Lyssa, Rotz zu je 14 Betten in 8 Zimmern. |
| **Nürnberg** | 4 Isolirbauten (à 10 Betten) auf dem Areal des Krankenhauses. | 2 isolirte Bauten mit 26 Betten. Für grössere Epidemien können auf demselben Terrain Isolirhäus. f. 300 Kranke errichtet werden. |
| **Posen** | Eine Isolirbaracke soll gebaut werden. | Eine städt. u. eine staatliche Baracke. Militärfiskalische Isolirbaracken. |
| **Rostock** | Verschiedene Isolirpavillons. | Eine Cholerabaracke abseits d. Stadt. |
| **Stettin** | Eine Baracke f. Infectionskrankheiten. | Ein Absonderungshaus u. eine Döcker-sche Baracke. |
| **Strassburg** | Eine Isolirabtheilung f. Diphtherie u. Scharlach in d. Universitätskinderklin. | Ein Isolirhaus f. Epidemien vorgesehen. |
| **Stuttgart** | Ein Isolirhaus im Anschluss an das Catharinenspital. Verschiedene Privatkrankenhäuser besitzen Isolirbaracken. | Die Stadt besitzt einen eigenen Platz, der vertragsmässig innerhalb 14 Tagen im Falle einer grossen Epidemie mit Baracken überbaut werden muss. 3 Döcker'sche Baracken. |
| **Tübingen** | Eine Isolirabtheilung im Spital. Isolirhäuser der staatlichen Universitätskliniken. | |
| **Würzburg** | Isolirabtheilungen im Juliusspital. | Zwei Cholerabaracken; ein Blattern-isolirhaus. |

| Ist eine Desinfectionsanstalt in Betrieb und ist dieselbe dem Publikum allgemein zugänglich? | Eventuelle Angaben über | |
|---|---|---|
| | Obligatorische Desinfection bei: | Facultative Desinfection, die nach dem Ermessen der Polizeibehörde angeordnet wird, oder auf Wunsch des Interessenten erfolgt bei: |
| Ja! Eine städtische Anstalt und ausserdem verschiedene Apparate zum Gebrauch d. Krankenhäuser und Gefängnisse im Anschluss an dieselben. | Cholera, Pocken, Diphtherie, Typhus. | Scharlach, Masern, Ruhr, Keuchhusten, Lungenschwindsucht. |
| Ja! Zwei Anstalten. | — | — |
| Ja! (In Verbindung mit dem städtischen Krankenhaus.) | — | — |
| Ja! Eine Anstalt für den Bedarf des städtischen Krankenhauses. Eine zweite für das Publikum ist im Bau begriffen. | — | — |
| Ja! Jedes der beiden Krankenhäuser besitzt eine Desinfectionsanstalt für den eigenen Bedarf. — Ausserdem existirt noch eine weitere für die Benutzung durch das Publikum. | — | — |
| Ja! | Cholera, Pocken, Milzbrand, Rotz. | Flecktyphus, Recurrens, Diphtherie, Darmtyphus, Scharlach, Ruhr. |
| Ja! (In Verbindung mit dem städtischen Krankenhaus.) | — | — |
| Ja! (In Verbindung mit dem städtischen Krankenhaus.) | — | — |
| Ja! (Ein Apparat auf dem Krankenhausgrundstück.) | — | — |
| Ja! | — | — |
| Ja! Ausserdem besteht ein Institut für städtische Wohnungsdesinfectoren. | Es existirt kein Desinfectionszwang. | — |
| Ja! | — | — |
| Ja! | Cholera, Pocken, Flecktyphus, Recurrens, Darmtyphus, Dysenterie, Lungentuberculose, Meningitis, Puerperalfieber, Scharlach, Masern, Diphtherie, Milzbrand, Rotz, Sterbefälle von Tuberculose. | — |

Wie wir aus dieser Zusammenstellung ersehen, könnte es in Deutschland in Bezug auf die Bekämpfung der Infectionskrankheiten um Vieles besser bestellt sein. Wir verhehlen es uns keineswegs, dass es hierzu noch der Ueberwindung mannigfacher und grosser Schwierigkeiten bedarf, die theils nach der pecuniären, theils nach der administrativen Seite hin liegen. Für unüberwindlich, wie einzelne Autoren dies thun, halten wir dieselben jedoch durchaus nicht, und wenn wir auch nicht glauben, dass in absehbarer Zeit Alles erreicht werden wird, so möchten wir doch wünschen, dass wenigstens das Erreichbare so bald wie möglich geschieht. Was in der Bekämpfung der Infectionskrankheiten erzielt zu werden vermag, das sehen wir aus den englischen Verhältnissen und besonders aus dem Beispiel von London, das uns in dieser Hinsicht wirklich als Vorbild dienen könnte. Wir dürften sehr zufrieden sein, wenn in unseren grossen Städten auch nur annähernd so ausgezeichnete Vorkehrungen getroffen wären wie dort.

Eine detaillirte Besprechung alles dessen, was noch erstrebenswerth wäre, dürfen wir füglich unterlassen, da wir ja eigentlich Alles angeführt haben, was im Kampf gegen die ansteckenden Krankheiten Noth thut. Alle Vorschläge und alle Maassnahmen haben nur dann einen Sinn und versprechen nur dann einen Erfolg, wenn sie unter umsichtiger obrigkeitlicher Controle stehen. Wenn wir warten wollten, bis die Menschheit den Bildungsgrad erreicht hat, dass sie aus sich selbst Vorbeugungsmaassregeln gegen Krankheiten verlangt, dann würden solche wohl niemals ergriffen werden. Der Ruf nach „öffentlicher Gewalt“ hat also unbedingt seine Berechtigung, und wenn man sich auch dessen wohl bewusst bleiben muss, dass man nicht „mit dem Anspruch absoluter Richtigkeit“ auftreten darf, so ist es doch nicht erlaubt, mit den Schlussfolgerungen, welche neu gewonnene Kenntnisse aufdrängen, zurückzuhalten. Die Bakteriologie hat wenigstens in etwas das Dunkel gelichtet, in welches früher Entstehungs- und Verbreitungsweise der Volksseuchen gehüllt war; sie hat uns neue Mittel und Wege zu deren Bekämpfung an die Hand gegeben, sie hat — man darf es wohl ohne Uebertreibung aussprechen! — in nicht so wenigen Punkten schon greifbare Erfolge gezeitigt, so dass es unbedingt die Aufgabe der „öffentlichen Gewalt“ ist, ihr an die Hand zu gehen; denn der Staat hat die Pflicht, die Ausbreitung der Infectionskrankheiten zu verhüten, gerade so gut wie es ihm obliegt, die Ausbreitung eines Feuers nach Kräften zu verhindern oder eine Hochwassergefahr zu mindern und einzuschränken.

Es war daher mit Freuden zu begrüssen, als im Jahre 1893 der Anlauf zu einem Reichsseuchengesetz genommen wurde. Leider ist es bei diesem Anlauf geblieben, und man hat es nicht für der Mühe werth erachtet, diese so wichtige Sache endgültig von Reichswegen zu regeln. Es ist ja wohl richtig, dass einzelne der verbündeten Regierungen Verordnungen eingeführt haben, die sich anscheinend zweckmässig ausnehmen. Allein es wird so lange nichts erreicht werden, bis im ganzen deutschen Reich einheitlich und planmässig gegen sämmtliche Infections-

krankheiten vorgegangen wird, bis man genau weiss, was bei jeder einzelnen infectiösen Affection zu geschehen hat; denn, um mit Gärtner zu sprechen, kommt es vielmehr auf den Particularismus der Krankheiten als auf den der Bundesstaaten an.

Wenn aber einmal ein Reichsseuchengesetz durchdringt, dann müssen die ausführenden Organe, in diesem Falle wohl die Kreisphysici, so gestellt werden, dass sie ohne jegliche Rücksicht die ihnen obliegenden Aufgaben mit Nachdruck erfüllen können. Zu diesem Ende müssen diese Aerzte nicht bloss den Namen „Medicinalbeamte“ erhalten, sondern auch in Wirklichkeit „Beamte“ sein; ihr Gehalt muss derartig bemessen werden, dass sie es nicht mehr nöthig haben, Privatpraxis zu treiben, dass sie überhaupt in vollständige Unabhängigkeit vom Publikum kommen. Das jetzige Verhältniss der Medicinalbeamten den Behörden gegenüber ist unhaltbar; sie haben nur das Recht, Rathschläge zu geben und mit Verbesserungsvorschlägen zu kommen; ob dieselben aber befolgt werden, hängt einzig und allein vom Ermessen der Verwaltung ab. In einem künftigen Reichsseuchengesetz müsste auch hier der Hebel angesetzt werden; dem beamteten Arzte muss wenigstens die Befugniss zustehen, diejenigen Maassregeln, die er für dringend erforderlich hält, auch selbstständig ausführen zu lassen.

In letzter Zeit wurde vielfach die Forderung laut, eigene Schulärzte einzusetzen, denen die Schulhygiene unterstellt, denen also auch die Bekämpfung der Infectionskrankheiten des kindlichen Alters, so weit deren Verbreitung durch den Schulbesuch begünstigt wird, anheimfallen würde. Die Kreirung derartiger Stellen wäre mit Freuden zu begrüssen; vielleicht müsste man eine Vereinigung derselben mit dem Kreisphysikat anzustreben suchen. Die Schule selbst ist überhaupt eine geeignete Stätte, um wenigstens die elementarsten Begriffe hygienischer Fürsorge allmählich ins Volk einzuführen; es wäre deshalb angebracht, die Lehrer so weit mit den Grundzügen der Hygiene vertraut zu machen, dass sie befähigt sind, diesbezügliche Lehren in ihren Unterricht einfliessen zu lassen.

Was wir vorhin von der Unabhängigkeit der Kreisphysikusstellung gesagt haben, gilt mutatis mutandis auch für die Schiffs- und Quarantäneärzte. Jedes Quarantänereglement wird ein todter Buchstabe bleiben, so lange nicht auch hier wieder die beaufsichtigenden Organe die nöthigen Vollmachten besitzen und nicht in unwürdiger Abhängigkeit vom Rheder oder Capitän stehen. Italien und Frankreich gebührt das Verdienst, in dieser Frage energisch vorgegangen zu sein, indem diese Staaten von ihren Schiffsärzten eine genügende Kenntniss der einschlägigen sanitätspolizeilichen und epidemiologischen Thatsachen verlangen; in Italien gelten sie sogar als officielle Regierungsbeamte.

Dass das Institut internationaler Gesundheitsräthe in der Türkei und in Aegypten noch sehr der Verbesserung fähig ist, wenn wir von seiner Thätigkeit und Oberaufsicht irgend etwas Erspriessliches erwarten wollen, haben wir bei Gelegenheit der Quarantänebesprechung des Näheren auseinandergesetzt.

Die Sanitätscommissionen, welche durch die preussische Verordnung vom Jahre 1835 für Städte über 5000 Einwohner vorgesehen wurden, mögen in der Theorie ganz gute Einrichtungen darstellen, in der Praxis haben sie sich jedoch meistens nicht bewährt: einmal wegen ihrer unzweckmässigen Zusammensetzung — es sind viel zu wenig Aerzte, d. h. besonders viel zu wenig unabhängige Aerzte darin vertreten! — und zweitens wegen ihrer vollständigen Abhängigkeit von der Verwaltungsbehörde.

Das Meldewesen, d. h. die Verpflichtung der Aerzte, alle Fälle bestimmter ansteckender Krankheiten anzuzeigen, besteht wie in England, Frankreich, Italien und Dänemark so auch in sämmtlichen deutschen Bundesstaaten. Dass es unentgeltlich von den Aerzten verlangt wird, halten wir entschieden für unrichtig, und wir stimmen in diesem Punkt mit Gärtner überein, der für eine dauernde Arbeitsleistung auch eine Bezahlung verlangt, wie das in England schon seit 1889 gesetzlich festgelegt ist. Der Kreisphysikus hat dann die Pflicht, sich davon zu überzeugen, ob die nöthigen Maassnahmen getroffen sind, ev. dieselben selbst anzuordnen und bei ungünstigen Wohnungsverhältnissen die Ueberführung des Kranken in ein Hospital zu veranlassen. Ein exaktes Meldewesen ermöglicht eine genaue Statistik und führt zur Kenntniss der Seuchenherde, der besonders ungesunden Stadttheile, Ortschaften und Häuser. Eine einmalige Meldung von Seiten der Aerzte reicht entschieden nicht aus, sondern es müsste ausser dem Beginn auch noch das Ende der betreffenden Infection mitgetheilt werden.

Wir dürfen aber weiter nicht vergessen, dass ein rationeller Kampf gegen die Infectionskrankheiten eine energische und ausgiebige Betheiligung seitens der Aerzte verlangt. Wenn wir in unseren Ausführungen manche Mängel aufgedeckt zu haben glauben, so dürfen wir uns doch nicht verhehlen, dass auch bei uns Aerzten selbst noch Vieles der Reform bedürftig ist. So lange noch Collegen es als eine übertriebene Aengstlichkeit hinstellen, beim Besuch von Scharlachkranken besondere Ueberkleider anzuziehen, so lange sie sich nicht scheuen, einen Typhusstuhl undesinficirt zu lassen, so lange sie leichtsinniger Weise die Verantwortung auf sich nehmen, ein Diphtheriekind sofort nach Verschwinden der Membranen seiner Familie zurückzugeben, so lange werden die schönsten Vorschriften und das grösste Entgegenkommen der Behörden nichts nützen.

---

# Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Lungenkranke.

Von

Dr. med. **Georg Liebe,**

dirigirendem Arzte der Volksheilstätte Loslau O.-S.

(Mit 5 Plänen.)

---

## I. Die Versorgung der Lungenkranken.

### 1. Heilbarkeit und Anstaltsbehandlung.

Ueber den Kranken, welche an Lungentuberculose litten — nur von diesen soll im Folgenden die Rede sein —, schwebte in früherer Zeit das finstere Schicksal der Unheilbarkeit. Man war gewöhnt, sie mehr oder weniger langsam, aber sicher ihrer Auflösung entgegengehen zu sehen, phthisisch und zum Tode verurtheilt zu sein, waren für die Menge (und für die Aerzte) zwei gleich bedeutende Begriffe (Moeller). Als 1853 ein junger Arzt, Dr. Hermann Brehmer, in seiner Dissertation und 1857 in dem Werke „Die chronische Lungenschwindsucht und Tuberculose der Lunge“ die Ansicht aufstellte, dass die Tuberculose heilbar sei, wurde er von der „Schulmedicin“ theils verspottet, theils todtgeschwiegen, und nur die Freundschaft mit Alexander von Humboldt, welcher wieder den Kliniker Schönlein aufmerksam machte, verschaffte Brehmer die erste Anerkennung und Unterstützung. Mochten auch, wie wir jetzt annehmen, seine Theorien nicht allenthalben stichhaltig sein, seine Praxis war mustergiltig und hat sich mit wenigen Abänderungen bis heute erhalten und bewährt. Einer Streitschrift gegen Brehmer setzte von Mayer 1871 die Widmung vor: „Herrn Dr. H. Brehmer als Zeichen der Anerkennung der schönen Erfolge, die von ihm in Görbersdorf — ohne Mitwirkung des verminderten Luftdrucks — gegen die Lungenschwindsucht erzielt werden“. Man hat Brehmer das Leben nicht leicht gemacht, aber er konnte doch noch den Erfolg erleben, dass die Lehre von der Heilbarkeit der Lungentuberculose allgemeine Geltung gewann. Es ist daran ja heutigen Tages nicht mehr zu zweifeln; die klinische, wie die pathologische Erfahrung bestätigt uns dies. Hermann Weber erklärt nach tausendfacher Erfahrung: „Es erscheint fast unglaublich, dass irgend jemand die Phthise

für unheilbar halten kann, da sich nicht nur ältere Autoren, sondern viele der erfahrensten lebenden Männer durchaus hoffnungsvoll ausgesprochen haben. Die Worte Carswell's, welcher sagt: Die pathologische Anatomie hat vielleicht niemals entschiedenere Beweise für die Heilbarkeit einer Krankheit geliefert, als bei der Phthise, sollten genügen". Ebenso sprechen sich Dettweiler, Wolff, Spiegel, Königer u. v. a. aus. Der letztere erklärt die Heilung für ein ganz gewöhnliches und sehr häufiges Ereigniss. (Dettweiler ist selbst ein Beispiel geheilter Tuberculose. Dasselbe wissen wir von Goethe, der im 19. Jahre eine Haemoptoe hatte, Napoléon I., dem grossen Chirurgen Péan u. a.). Und wenn die pathologischen Anatomen (es liegen Untersuchungen u. a. vor von Baumgarten, Birch-Hirschfeld, Bollinger) an jeder dritten Leiche von solchen Kranken, die nicht an Tuberculose starben, Spuren derselben, verkalkte, abgekapselte Herde u. s. w. finden, so muss das auch die Thomasnaturen überzeugen.

Ohne nun auf die Häufigkeit der Tuberculose einzugehen, über welche Mittheilungen, Statistiken und Tabellen in fast allen neueren Veröffentlichungen über diese Krankheit und ihre Bekämpfung durch Volksheilstätten reichlich zu finden sind, müssen wir uns die Frage vorlegen: Unter welchen Bedingungen ist die Lungentuberculose heilbar? Brehmer verlangte zur Heilung zweierlei: eine immune Gegend und eine geschlossene Heilanstalt. Während auf die erste, nicht nach allen Seiten einwandfreie Forderung noch einzugehen sein wird, muss die zweite als eine, die ganze heutige Therapie dieser Krankheit charakterisirende und heute als Hauptsache aufgestellte, hier erörtert werden. Wie alles Wissen und Können im Laufe der Zeiten auf- und abwogt, so sieht auch derjenige, welcher sich mit dem Studium unserer Frage beschäftigt, im Begriffe, mit seiner Wissenschaft auf einen Wellenberg emporzusteigen, mit Staunen und Verwunderung, dass jenseits des dunklen Wellenthales, das unsere Zeit in der ihr eigenen Anmassung Mittelalter nennt, so hoch wie wir die alten Aerzte hippokratischer Zeit stehen. Wie Hippokrates den Klimawechsel, Celsus Seereisen, Galen die Berge, Plinius die Insolation pries, so thun dies heute in buntem Wechsel moderne Geheimräthe, Professoren und „gewöhnliche" Aerzte. Späterer Zeit gefiel es mehr, unter ausgestopften Ungeheuern hinter der schäumenden Retorte zu hocken, und der Zug, welcher einen Stein der Weisen oder gar einen Homunculus brauen wollte, hat sich mit grosser Zähigkeit bis heute erhalten. Ein Lungenkranker allein würde gar nicht lange genug leben, um alle die Mittel zu schlucken, sich einspritzen, einschmieren oder sonstwie einverleiben zu lassen, die für sein Leiden empfohlen worden sind und — das ist das Beschämende für uns — noch empfohlen werden. Was die „neue" Therapie uns noch bringen wird, ob das Eselserum, wozu nach bekanntem Ausspruche drei gehören, ob die Präparate von Koch, Maragliano, Klebs, Behring oder die Plasmine Buchner's den Lorbeer erringen, wer weiss es. Jedenfalls hat — die wissenschaftliche Forschung

trotzdem hoch in Ehren! — Goldschmidt Recht, wenn er klagt: „Die Behandlung der Schwindsüchtigen ist eine traurige Komödie, die sowohl dem humanen Zeitalter, in welchem wir leben, als auch dem Standpunkte unseres Wissens und Könnens Hohn spricht“. Gerhardt's Ausspruch über den Bankerott der arzneilichen Behandlung ist genugsam citirt, um bekannt zu sein, und was die Serumtherapie anlangt, so müssen wir es als erlösendes Wort begrüssen, was v. Leyden in Moskau aussprach: „Wir wünschen und hoffen, dass unsere hervorragenden Bakteriologen ihr Problem lösen werden, aber der Zeitpunkt lässt sich nicht bestimmen, Jahre können noch vergehen. Sollen wir deshalb unsere Mitbrüder, die heute Hilfe verlangen, auf die Zukunft vertrösten? Heute sind sie krank und hilfsbedürftig, heute wollen sie geheilt sein, aber morgen oder nach Jahren ist es zu spät für sie. Wir können nicht zu viel mit künftigen Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten rechnen. Die Medicin, und namentlich die Therapie, hat für die Gegenwart zu sorgen. Wir können unsere Kranken nicht auf eine ferne und unsichere Zukunft vertrösten; wir müssen sie nach derjenigen Methode behandeln, welche die Gegenwart als die beste erkennt, und welche durch die grösste Zahl der Heilungen bewährt ist. Als solche betrachten wir die hygienisch-diätetische Therapie der Tuberculose als die in besonderen Heilstätten“. Es werden ja von einzelnen auch der ambulanten oder der Curort-Behandlung Concessionen gemacht. So sagte Korach in der wissenschaftlichen Vereinigung Posener Aerzte (Deutsche med. Wochenschrift. Vereinsbeilage. 1897. No. 21), dass man Lungenkranke im Hause behandeln könne, ausser 1. Unbemittelten, welche daheim keine Freiluftcur durchführen können und 2. solchen, welche im Hause nicht genügend disciplinirt werden können. Eingeweihten ist es zweifellos, dass unter diese beiden Gruppen, namentlich die zweite, wohl die meisten Lungenkranken fallen. Selbst Sommerfeldt, der mit am eifrigsten für ambulante Behandlung eintritt, muss die damit verbundenen grossen Schwierigkeiten anerkennen. Die Behandlung in offenen Curorten ist aber naturgemäss so, dass man sie lieber nicht solchen, „welche den Zwang eines Sanatoriums scheuen“, empfehlen soll (v. Leyden), ja denen gerade erst recht nicht. Denn wir wollen ja eben einen Zwang auf die meist leichtfertigen Lungenkranken ausüben. Während der aufs Land oder in einen Curort gehende Kranke — wenn er es nicht vorzieht, den „theueren“ Arzt zu sparen und nach einem „Rathgeber“ und den Anweisungen seiner Vettern und Basen zu leben, die schon so manchem geholfen, sich von Zeit zu Zeit Rath von seinem Arzte holt, um dann flott so zu leben, wie es ihm gefällt, Berge besteigt, Ausflüge unternimmt, nicht wie es sein augenblicklicher Zustand erfordert, sondern wie es die Mehrheit der Table d'hôte-Gesellschaft gerade beschloss, oder wenn er gutem Rathe zugänglich ist, nur seiner Gesundheit lebt und vom Morgen bis zum Abend Schnellläufer spielt, liegt gerade das Hauptgewicht der Anstaltsbehandlung in dem non nocere, im Abhalten von Schädlichkeiten, die als solche nur dem kundigen Arzte bekannt sind.

„Fast mehr als auf der Befolgung positiver Verordnungen liegt das Heil des Phthisikers in der Vermeidung von Fehlern, die er meist nicht als solche anerkennt. Nirgends tödtet die Schablone mehr Menschen als hier“ (Dettweiler). „Wir müssen den Kranken die Möglichkeit nehmen, Thorheiten zu begehen“ (Brehmer). Ganz abgesehen darum von ungenügenden Quartieren, meist für Sommerfrischler und warmes Wetter berechnet, von mangelhaften Badeeinrichtungen, jämmerlichen hygienischen Zuständen selbst in manchen Curorten, ungenügender Beköstigung, ist sorgfältigste Beaufsichtigung der Kranken erforderlich. Wer Lungenkranke in solch einer freien Pflege behandelt hat, wird zugeben, dass alle Verordnungen, alle Ermahnungen im Guten und Bösen illusorisch sind, denn mit einem, dem wochenlangen Müssiggange entsprechenden Raffinement ersinnen die Kranken — einige führen, die andern thun mit — immer neue Mittel und Wege, dem Arzte ein Schnippchen zu schlagen. Und das thun alle, ob arm, ob reich, gleich gern. Es gehört zum Gesammtbilde der Krankheit, und dem ist Rechnung zu tragen. Es ist daher auch nicht zu verwundern, wenn einzelne Corporationen mit Aussendung ihrer Kranken an solche Orte „miserable Erfolge“ hatten (Invaliditäts-Versicherungsanstalt für die Rheinprovinz. Mittheilung von Meyhöfer-Düsseldorf). Ehrenberg schildert nach den Barmer Erfahrungen die Unannehmlichkeiten dieser Versorgungsart, die im Verhältniss zu den Kosten unhygienischen Verhältnisse, die Ausbeutung durch manche Vermiether u. s. w. In seiner treffenden Sprache vergleicht Sonderegger die Davoser Curgäste mit den Studenten, von denen Dank ihrer akademischen Freiheit die einen es zu etwas bringen, die andern nur mit Lücken einen knappen Erfolg erreichen, die meisten endlich kneipen und schwärmen, als wüssten sie nicht, zu was sie da sind. „Es sind gute Menschen darunter, um die es schade ist. Man hätte mit militärischer Disciplin mehr erreicht“.

Lungenkranke sind daher am besten in geschlossenen Krankenhäusern aufgehoben. Aber unsere allgemeinen Krankenhäuser sind ebenfalls nicht die geeigneten Unterkunftsorte. Meist liegen sie nahe bei den Städten, entbehren also der reinen Luft, sie haben keinen genügenden Park oder anstossenden Wald, sie können vielleicht auch nicht immer dem Kranken die ihm nöthige Kost bieten. Ferner sind sie ihrer ganzen Organisation nach nicht auf solche, sich oft nicht einmal krank fühlende Insassen eingerichtet, die wegen ihrer Neigung zu thörichten Streichen immer Aufsicht bedürfen, auf der andern Seite aber auch wieder mehr Freiheiten haben müssen, als andere Insassen. Wer kann sich im Krankenhause, wo zahlreiche acute Fälle das Interesse nicht nur, sondern die angestrengte Sorgfalt und Mühewaltung der Aerzte und des Personals erheischen, mit diesen halbkranken Leuten beschäftigen, auf ihren Ideenkreis, ihren Beruf, ihre Lebensweise eingehen? „Man vergisst im Hospital zu leicht, dass an dem Leben dieser Kranken, welche nicht zu den sogenannten interessanten Fällen gehören, gar oft der Unterhalt und

das ganze Lebensglück einer Frau und vieler kleiner, unerzogener Kinder hängt" (Lebert). Ein neuer Zweig der Heilstättenbewegung, die Errichtung von „Haussanatorien", ist daher nur mit gewissen Einschränkungen zu billigen. Unterberger hat in seinem Militärhospitale zu Zarskoje-Selo bei St. Petersburg eine solche Abtheilung für Tuberculöse mit gutem Erfolge errichtet (die Ausstattung der Schlafzimmer mit Tannenbäumen in Kübeln ist wohl mehr pro forma zu denken). Wer auch nur einmal in ein mit Lungenkranken belegtes Zimmer eines kleinen, schlecht gelüfteten Krankenhauses eintrat (und man kann solche öfter finden als man denkt!), wird solche Sonderstationen mit Liegehalle u. s. w. freudig begrüssen. Aber sie werden keinesfalls die Heilstätten ersetzen; sie sind aus dem oben angeführten Grunde mangelnder psychischer Beeinflussung auch gar nicht mit den englischen nur für Lungenkranke dienenden Hospitälern zu vergleichen, was Unterberger thut; sie werden, wozu sie namentlich Schaper empfiehlt, nur als Vorstation zur Auswahl der Kranken und zur Aufnahme für, wir wollen nicht einmal sagen: Unheilbare, sondern nur für alle die Fälle, welche bei der heute noch erforderlichen strengen Auswahl nicht in die Heilstätten aufgenommen werden können, dienen. (Schaper, Ueber die Nothwendigkeit der Einrichtung besonderer Abtheilungen für Lungenkranke in grösseren Krankenhäusern. Berliner klinische Wochenschrift 1898. No. 8. Derselbe, Ueber Krankenhaussanatorien. Zeitschrift für Krankenpflege 1898. No. 4. Vergl. Babes, Zeitschrift für Krankenpflege 1894. S. 185.)

Die gegen die Krankenhausbehandlung erhobenen Bedenken sind aber nicht etwa theoretisch construirt, sondern erfahrene Krankenhausleiter haben sich öfter mit scharfen Worten in diesem Sinne ausgesprochen, so ausser Lebert auch Hermann Weber, Gerhardt, Finkelnburg u. a. Schon 1878 machte Trélat in einem Vortrage in der Sorbonne in Paris darauf aufmerksam, dass ein Kranker im Krankenhause 5,13 Fr. für den Tag koste, während man ihn in der von ihm für Cannes vorgeschlagenen Heilstätte mit 4,32 Fr. unterhalten könne. 1893 beschloss der französische Congress zum Studium der Tuberculose, dass alle Tuberculösen innerhalb besonderer Hospitäler, je nach dem Grade ihrer Krankheit in Gruppen geordnet, verpflegt werden sollten.

Brehmer's Ideen brachen sich, durch solche Erwägungen unterstützt, allmälig Bahn. Seiner Anstalt schlossen sich andere an in Reiboldsgrün, Falkenstein, in Görbersdorf selbst (Roempler's und die Gräfin Pückler'sche Anstalt), ferner Hohenhonnef, Rehburg (Michaelis und Lehrke), St. Blasien, Schömberg, Altenbrak, Nordrach, und in anderen Ländern Davos (Turban), Leysin, Arosa, Canigou (Pyrrhenäen), Touraine (Frankreich), Tonsaasen (Norwegen), Neu Schmecks (Ungarn), Craighleith (Schottland), Ashville (Amerika), Lindenhof (Finnland).

## 2. Die Errichtung von Volksheilstätten.

Lungenkrank zu sein, war aber lange Zeit eine kostspielige Eigenschaft, und volksfreundliche Aerzte mussten immer wieder mit Wehmuth sehen, wie gerade in den Kreisen, welche nicht in teuere Sanatorien gehen konnten, die Tuberculose massenhafte Opfer forderte. Die Tuberculose ist die Schwester der Armut, sagt v. Schrötter. Angaben, wie sie Sommerfeldt in seiner Arbeit über die Schwindsucht der Arbeiter macht (daselbst auch weitere Literatur), sollten vielen die Augen öffnen. Wer das Elend, das die Tuberculose unter dem ärmeren Theile unseres Volkes anrichtet, selbst mit ansehen muss, wie Aerzte und Geistliche, wer die hohlen Augen, die hungernden, frierenden Kinder, die zum Zusammenbrechen matten, abgehetzten Weiber anders als aus Romanen oder Zeitungen kennt, wer der nackten, ungeschminkten „Noth des vierten Standes“ gegenüberstand, der weiss es, warum sich so viel Fäuste gegen jeden ballen, der auf Gummirädern fährt, warum jeder neubewilligte Bau, jedes Fest eine Menge Flüche entfesselt. Wenn wir an das Gebot, das dem „Vornehmsten und Höchsten“ gleich ist, „Liebe deinen Nächsten als dich selbst“, mehr dächten, da würden wir aus manchem Gange gegen die Tuberculose als Sieger hervorgehen. Es ist gar kein Zweifel, dass mit einer energischen Bekämpfung der Tuberculose (und des Alkoholismus) die sociale Frage ihrer „Lösung“ ein gut Theil näher käme. Ist es doch eine bewiesene Thatsache, dass die meisten der Tuberculose zum Opfer fallenden Kranken in den besten, schaffensreichsten Jahren stehen. Und „die bürgerliche Gesellschaft rechnet besser, wenn sie einen Vater am Leben erhält, als wenn sie seine Waisen versorgt“. (Sonderegger.)

Der Stein ist im Rollen, und er wird weder durch Bedenken einer Körperschaft, wie sie die Berliner Gemeindevertretung darstellt (das Rothe Kreuz 1897. No. 22), noch durch solche eines einzelnen: was etwa aus den grossen Anstaltsgebäuden werden sollte, wenn man „einmal“ zu einer anderen Therapie übergehend sie nicht mehr brauche (Thomas), aufgehalten werden. Ich habe die Bewegung für Volksheilstätten von ihrem Anfange an anderweit genugsam geschildert (Hygienische Rundschau 1895 No. 17, 1896 No. 13, 14, 16, 1897 No. 21), so dass ich mich hier auf die Mittheilung beschränken darf, dass in Deutschland im Betriebe 16 Volksheilstätten sind (Grabowsee, Ruppertshain, Albertsberg, Oderberg, Loslau, Sülzhayn, Stiege, Berka, Rehburg, Dannenfels, Arlen, Königsberg, Lippspringe Johanniterhospiz und Barmener Haus, Malchow und Blankenfelde), wozu noch das Dr. Weicker-sche Krankenheim (Villenkolonie) und die zweite Classe in der Brehmerschen Anstalt, in Schömberg, Laubbach und Altenbrak kommen, dass ferner 7 Volksheilstätten sich im Bau befinden (Hellersen, Felixstift-St. Andreasberg, Belzig, München 2, Marzell, Zellerfeld), während 30 geplant werden (Altona, Bayern. Danzig, Düsseldorf, Fürth, Hagen, Halle,

Hamburg, Hanau, Hannover, Heilbronn, Hessen, Kassel, Köln, Leipzig, Mittelschlesien, Nürnberg, Oldenburg, Pfalz, Regensburg, Saarbrücken, Stettin, Strassburg, Stuttgart, Wiesbaden, Würzburg und von den Invaliditätsversicherungsanstalten zu Berlin, Brandenburg, Lübeck, Hessen).

Dies führt naturgemäss zu der Frage, wer solche Heilstätten bauen solle. Die ersten Anfänge der Volksheilstätten entstanden unter der Aegide von wohlthätigen Vereinen. Ihnen wird, wie es jetzt scheint, auch fürderhin der Löwenantheil der Thätigkeit zukommen. Die Vereinsthätigkeit ist, wie v. Ziemssen auf der Stuttgarter Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege aussprach, ein Ferment, welches die Ueberzeugung von der Nothwendigkeit des Vorgehens ungemein rasch in das Bewusstsein des Volkes hineintrage und unzweifelhaft auch die Aufmerksamkeit der Behörden erregen werde, was sich denn auch für München erfüllte. Männer, welche die ganze Bewegung überblicken können, erklärten das Gleiche als ihre Meinung, so z. B. Fiedler und Hägler (angeführt Hygienische Rundschau 1895, No. 17). Es entspräche deutschem Wesen wenig, Nächstenliebe vom Staate bethätigen zu lassen. Obwohl solche Vereine (s. ob.) bereits an vielen deutschen Orten bestehen, so haben wir doch zu arbeiten, um uns von Ländern wie England und Amerika nicht beschämen zu lassen, welche alle Krankenhäuser mitsammt den klinischen Lehrinstituten aus Privatmitteln bauen und unterhalten, oder von der Schweiz, in welcher fast jeder Canton eine Heilstätte baut oder plant.

Mit der Gründung eines Vereins allein ist es indessen noch nicht abgethan; mancher besteht schon lange und nennt noch keine Heilstätte sein. Es gehört eine ganz umfassende, bis ins kleinste gehende Agitation dazu. „Sollen solche Vereine einen weiteren gedeihlichen Fortgang nehmen, sagt Gueterbock, so müssen sie sich vor allen Dingen verallgemeinern, denn hierauf kommt es in der That noch mehr an, als auf eine Steigerung der Einzelleistungen, welche vor der Hand gegenüber dem in anderen Staaten Gebräuchlichen sich wohl noch recht lange auf einem nur bescheidenen Niveau bei uns halten werden“. Man kann, führt er weiter aus, dieser Bewegung „den Vorwurf nicht ersparen, dass sie ihre Ziele zu sehr mit Ausschluss der Oeffentlichkeit verfolgt“. Das ist sehr richtig. Warum setzt der „Ausrufer“ auf Jahrmärkten seine Waare besser ab, als der solide Kaufmann? Warum zählt die politische Partei jederzeit die meisten Anhänger, welche die Lärmtrommel am lautesten zu rühren versteht? Heutzutage muss man agitiren, wenn man etwas erreichen will, ob das Füchse für eine Verbindung, Abnehmer für Lotterieloose oder Mitglieder für ein volksfreundliches Unternehmen sind. Dass sich ein positiver Erfolg erreichen lassen kann, glaube ich in Sachsen bewiesen zu haben, wo mir vom Vereine die Leitung einer über das ganze Land sich erstreckenden Agitation, wie der dritte Bericht sagt, mit recht erfreulichem Erfolge, übertragen wurde, ebenso neuerdings in Schlesien. Freilich Arbeit fordert dies nicht zu wenig; da sind Vorträge zu halten, Aufrufe zu erlassen an einzelne, an Behörden, an

Vereine, jeder in anderer Fassung, den Interessen des Empfängers angepasst. Wenngleich die Aerzte, wie sie oft entgegnen, schon viel Arbeit auf diesem Gebiete leisten, die ihnen nie anders als durch ein Vergelt's Gott bezahlt wird, ja oft nicht einmal durch ein solches, so ist es doch ihre Pflicht, auch ausserdem an die Spitze der Bewegung zu treten. Der Jahresbeitrag darf wohl keinen abschrecken; es ist, wenn überhaupt, ein Opfer, das dem Stande zu bringen ist. Auf den Arzt ihres Vertrauens blicken viele, geht er voran, so folgen sie. Möchte die auf der 69. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Braunschweig in ihren ersten Anfängen gegründete wissenschaftliche Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberculose auch hierin Säumige mit fortreissen. Die Geistlichen ferner und die Lehrer können bei geschicktem Vorgehen grösstentheils gewonnen werden, namentlich zur Mitarbeit, um das Volk aufzuklären. Eine Fürsprache des Seelsorgers, ein kurzer erklärender Vortrag auf den jetzt üblichen Familien- oder Volksunterhaltungsabenden hilft thätig mit. Endlich die Frauen, die geborenen Samariterinnen. Ihnen käme meist die Fürsorge für die Angehörigen zu, worauf wir noch zu sprechen kommen. Dass der Adel, Grossindustrielle und Grossgrundbesitzer, Arbeiter-, Bürger-, Turn- und ähnliche Vereine aufgefordert werden, darf nicht vergessen werden. Die Vereine müssen sich nur hüten, die Beiträge zu hoch zu setzen, mehr wie 3 oder 2 Mark sollte nirgends zu zahlen sein, wo man auf den Beitritt weiter Kreise rechnet. (Näheres Hygienische Rundschau 1895, No. 17.) Der Würzburger Verein hat in praktischer Weise Arbeitstheilung eingeführt und 4 Commissionen geschaffen, deren eine Mitglieder wirbt, die andere öffentliche Veranstaltungen für ihren Zweck betreibt, die dritte sich um staatliche u. a. Zuschüsse bewirbt, die vierte möglichst unentgeltlich das Inventar beschafft. Eine eigene Art der Gelderbeschaffung schlägt Léon-Petit für Frankreich vor; sie soll auch in Dänemark eingeführt werden. Eine Sanatorienactiengesellschaft soll eine — bei dem Mangel an Heilstätten gewiss rentirende — Anstalt für Zahlende bauen, welche eine Volksheilstätte mit unterhalten soll. Léon-Petit berechnet die Einnahmen aus der Privatanstalt auf 547000 Fr. (täglich 15 Fr.), aus der Volksheilstätte auf 73000 Fr. (täglich 2 Fr.), zusammen 620000 Fr., die Ausgaben auf 300000 und 100000 Fr., Zinsen 37500 Fr., Amortisation für 1250000 Fr. von 62500 Fr., zusammen 500000 Fr., so dass die glücklichen Actionäre noch 10 pCt. Dividende bekämen. In Dänemark will die Gesellschaft, welcher ein Viertel sämmtlicher Aerzte angehört, ein Muttersanatorium für 360000 Kronen (davon 100000 Kr. Staatszuschuss) bauen. Das Capital wird höchstens mit 4 pCt. verzinst, der Rest für Volksheilstätten verwendet.

Der zweite Referent über unsere Frage zur Conferenz der Centralstelle für Arbeiterwohlfahrt in Frankfurt a. M., Landesrath Liebrecht, sagt von den (nicht der Versicherungspflicht unterliegenden) Kranken: „Hier müsste die genossenschaftlich organisirte Thätigkeit der verschiedensten Interessengruppen einsetzen, eine Selbsthülfe sich entwickeln,

wie sie auf einem anderen Gebiete sich bereits entwickelt hat, auf dem Gebiete der Sorge für den Bau gesunder und billiger Arbeiterwohnungen". (Schriften der Centralstelle, No. 12 Seite 106).

Als weiterer Ausgangspunkt für Volksheilstätten sind die Communal-, Kreis- und ähnliche Verbände zu betrachten. Von städtischen Heilanstalten sind zu nennen diejenigen der Stadt Berlin in Malchow und Blankenfelde (Männer und Frauen), ferner die im Bau begriffene der Stadt München, die in Hamburg geplante und in gewissem Sinne die zu Hanau vorbereitete. Bedauerlicherweise wurde die von Oberbürgermeister Küchler im Odenwalde geplante Heilstätte der Stadt Worms nicht ausgeführt. In Sachsen haben, namentlich im Anschlusse an das Regierungsjubiläum des Königs, viele Stadtvertretungen namhafte Beträge für die Heilstätte Albertsberg bewilligt. Ein Beispiel einer Kreisheilstätte, bisher das einzige, ist die vom Kreise Altena errichtete, wo auf erste Anregung des „Kreisvereins vom Rothen Kreuze" 300000 Mk. bewilligt wurden. Landrath Dr. Heydweiller sagt darüber (Schriften der Centralstelle, No. 12 Seite 120): „Es giebt keine bessere Capitalanlage für den Communalverband. Rechnet man, dass von je 2 Kranken einer durch die rechtzeitige Anstaltsbehandlung für nur 3 Jahre wieder erwerbsfähig wird, so würden bei 100 Betten und einer durchschnittlichen Curdauer von 3 Monaten von den 400 im Laufe des Jahres aufgenommenen Kranken 200 für die Berechnung des wirthschaftlichen Nutzens in Frage kommen. Bei einem Jahresarbeitsverdienst von 900 Mk. würden 180000 Mk. Gesammt-Jahresarbeitsverdienst der Volkswirthschaft des Kreises durch die Heilstätte erhalten bleiben. Davon gehen ab die Unterhaltungskosten der 400 Kranken mit $90 \times 3 \times 400 = 108000$ Mk. weniger $90 \times 1 \times 400 = 36000$ Mk., bleiben 72000 Mk., wobei der Tagesverpflegsatz mit 3 Mk. berechnet und davon 1 Mk., welche mindestens auch zu Hause aufzuwenden gewesen wäre, abgezogen ist, und es bleibt ein volkswirthschaftlicher Ueberschuss von jährlich 108000 Mk." Der Staat selbst betheiligt sich ebenfalls mancherorts; so bewilligte die Regierung in Baden einen Beitrag zum Bau der Heilstätte Marzell, in Sachsen das Ministerium einen jährlichen Beitrag für seine Beamten. Die Reichssanitätsbehörde, das Kaiserliche Gesundheitsamt, arbeitet thatkräftig mit durch Wort und Schrift, und die Uebernahme des Protectorats über das Deutsche Centralcomité für Volksheilstätten durch Ihre Majestät die Kaiserin ist ein Zeichen des Interesses und des Wohlwollens, welches von höchster Stelle aus der Bewegung entgegengebracht wird.

Im Preussischen Landtage wurde die Umwandlung der vielen kleinen, dem Staate gehörigen, dabei aber schlecht rentirenden Bäder zu Volksheilstätten, eventuell durch Ueberlassung an Heilstättenvereine vorgeschlagen. Das Preussische Ministerium hat einen die Angelegenheit befürwortenden Erlass ergehen lassen, auf welchen energisch namentlich der Regierungspräsident in Oppeln aufmerksam gemacht hat. Aehnliches wird aus Ungarn berichtet. Erwähnt möge hier sein, dass auf meine Bitte hin sowohl Se. Eminenz Fürstbischof Cardinal Kopp, als auch das evan-

gelische Consistorium zu Breslau die Geistlichkeit Schlesiens amtlich zur Betheiligung aufgefordert hat. In einer zur Bewilligung von 60000 Mk. Jahreszuschuss auf 5 Jahre führenden Ausführung des Hamburger Senats heisst es: „Die Aufwendung von Staatsmitteln für die Bekämpfung der Tuberculose rechtfertigt sich einmal schon durch die eminente Gemeinnützigkeit des Zweckes, sodann aber auch aus dem Gesichtspunkte der vorbeugenden Armenpflege, da von den Familien, welche durch die Tuberculose ihres Ernährers beraubt werden, naturgemäss ein grosser Theil der öffentlichen Fürsorge anheimfällt“. Das Bewusstsein, dass der Staat das grösste Interesse an der Frage hat und verpflichtet ist, alle solche Bestrebungen ausreichend zu unterstützen, greift demnach immer weiter um sich.

Mehr soll man dem Staate als solchem nicht zumuthen. Vielmehr soll jeder nach seinem Theile mitarbeiten. „Der Staat wird dann im Besitze besserer Kenntniss und besseren Ueberblicks zu sorgen haben, wie alle die Sonderbestrebungen zu ordnen sind, um, dem Getriebe einer feinen Maschine gleich, zu einem Ziele zu arbeiten, er wird den Werth der Forderungen zu bestimmen haben und die Arbeiter da anstellen, für die Kosten einer Arbeit an derjenigen Stelle aufkommen, an der er von seiner höheren Warte aus die Gefahr kommen sieht“. (Finkler.)[1])

Nicht unerwähnt möge der Vorschlag Beneke's sein, zu solchen Anstalten eine Steuer zu erheben, welche für den Nutzen, den alle haben, auch alle gleichmässig belastete, während jetzt immer nur ein kleiner Theil zahlt. Vor allem sollte diese Regelung die Stabilität der Einrichtungen unabhängig vom guten Willen privater Wohlthäter verbürgen.

Dass auch die Einrichtung von Heilstätten durch einzelne Private oder Fabriken möglich ist, zeigen diejenige der Ludwigshafener Badischen Anilin- und Sodafabrik in Dannenfels in der Rheinpfalz und diejenige des bekannten Philanthropen ten Brink zu Arlen in Baden.

Von grösster Bedeutung war das Eintreten der Invaliditäts- und

---

[1]) „Leben und Gesundheit des Volkes sind die Grundlagen jedes Staates. Unbestritten gehört dem Staatsorganismus aller Völker und Länder die Sorge für Leben und körperliche Gesundheit der in seiner Machtsphäre lebenden Individuen, er hat das Recht und die Pflicht, im Interesse der Gesammtheit den Einzelnen an Leben und Gesundheit zu schützen. Dieser Gedanke der Selbsterhaltung, nicht die Regung der Nächstenliebe, die wohlthun will nicht um des Zweckes, sondern um der Liebe willen, ist die Ursache, aus der wir die staatlichen Einrichtungen der Gesundheitspolizei und der Gesundheitspflege entstehen sehen. -- Alle Maassregeln zur Gesundung des Volkes zeigen uns, dass der Staat seines Rechts und seiner Pflicht auf diesem Gebiete sich bewusst ist und, wenn er es für nöthig hält, auch rücksichtslos, selbst im Zwangswege, die Sorge für die Gesundheit seiner Glieder im Interresse des Gesammtkörpers durchführt. Es würde daher nur völlig consequent sein, wenn der Staat die Bekämpfung der Lungenschwindsucht in die Hand nähme und solche Heilstätten errichtete oder die Errichtung derselben durch die Gemeinden anordnete (Liebrecht, Schriften der Centralstelle. No. 12. S. 101).

Altersversicherungsanstalten in die Bewegung. Der § 12 des Gesetzes für diese Anstalten gab dazu die Handhabe. Er ist wichtig genug, um hier angeführt zu werden:

„Die Versicherungsanstalt ist befugt, für einen erkrankten, der reichsgesetzlichen Krankenfürsorge nicht unterliegenden Versicherten das Heilverfahren in dem in § 6, Absatz 1, Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Umfange zu übernehmen, sofern als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet. —

Die Versicherungsanstalt ist ferner befugt, zu verlangen, dass die Krankenkasse, welcher der Versicherte angehört oder zuletzt angehört hat, die Fürsorge für denselben in demjenigen Umfange übernimmt, welchen die Versicherungsanstalt für geboten erachtet. Die Kosten dieser von ihr beanspruchten Fürsorge hat die Versicherungsanstalt zu ersetzen. Als Ersatz dieser Kosten ist die Hälfte des nach dem Krankenversicherungsgesetze zu gewährenden Mindestbetrages des Krankengeldes zu leisten, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden“.

„Nach dem Wortlaute dieses Paragraphen sind die Versicherungsanstalten zur Anwendung dieses Verfahrens zwar befugt, also berechtigt, aber nicht verpflichtet. Die Vorstände der Versicherungsanstalten sind in anerkennenswerther Weise in mehrfachen Conferenzen zu Berlin im März 1893 und im November 1894 im Einvernehmen mit dem Reichsversicherungsamt und den Landversicherungsämtern schlüssig geworden, diesen mehrfach erwähnten Paragraphen eine möglichst weitgehende Auslegung zu geben, derart, dass diese Krankenfürsorge auch auf die der reichsgesetzlichen Fürsorge unterliegenden Personen, also auch auf die Kassenmitglieder angewendet werden kann und dass eine solche Fürsorge nicht abhängig gemacht werde von einer Wartezeit, wie sie z. B. bei Beanspruchung von Invaliden- oder Altersrente vorgeschrieben ist.“ (Uhlmann.)

In seinem Vortrage auf der schon erwähnten Stuttgarter Versammlung führte der Director der Hanseatischen Versicherungsanstalt Gebhard aus, dass jeder einzelnen Anstalt die Freiheit gewährt werden müsse, die Art ihrer Beihilfe nach § 12 nach localen Gesichtspunkten zu entscheiden, wenn auch die Befugniss zu einer solchen wenigstens moralisch auch die Verpflichtung dazu in sich schliesse. Auch der Umstand drängt dazu, dass die Zahl der durch Lungentuberculose herbeigeführten Invaliditätsfälle alljährlich nicht nur an sich wächst, sondern auch bedeutend schneller als die Zahl der Rentenfälle überhaupt, z. B. von 9,47 pCt. sämmtlicher Renten der Anstalt Berlin 1892 auf 12,55 1895, Thüringen von 13,7 pCt. 1892 auf 20,6 pCt. 1895 u. s. w. Nimmt man ein Mittel von 14,33 pCt. an und eine jährliche Gesammtrentenzahl von 60000, so wären 8500 Renten im Jahre durch Tuberculose verursacht. Kann nun die Versicherungsanstalt durch irgend ein Heilverfahren nach § 12 diese Zahl verringern, so dient sie nicht nur ihrem eigenen Interesse, sondern auch demjenigen aller Versicherten (wenn man überhaupt solche unlogische, von manchen Arbeitern angenommene Trennung zugeben kann; denn die Versicherten bilden doch eben die Anstalt). Die

a. a. O. von Gebhard ausgeführte Berechnung ist folgende: Nimmt man als Durchschnittsalter des Eintritts in die Heilbehandlung 33 Jahre an, als Durchschnittsrente die der dritten Lohnklasse von 190 Mk., als Durchschnitts-Bezugszeit der Rente nur 2 Jahre, so ergiebt das eine Ausgabe für die Versicherungsanstalt von 380 Mk. Die Heilbehandlung kostet dagegen, eine Dauer von 3 Monaten gerechnet, den Tag zu 4 Mk., 360 Mk.; davon entfallen 135 Mk. auf die Krankenkassen, so dass für die Anstalt 225 Mk. bleiben. Für 1000 Fälle stehen sich also 380000 Mk. und 225000 Mk. gegenüber, wenn alle 1000 Fälle wieder erwerbsfähig würden. Das ist natürlich nicht anzunehmen. Da indessen der Ausfall schon gedeckt wird, wenn nur 60 pCt. erwerbsfähig werden, nach meinen Erfahrungen mit den meist sehr gut ausgewählten Kranken der Hanseatischen Versicherungsanstalt aber noch bessere Erfolge zu erwarten sind, so würde unter obigen Voraussetzungen der Gewinn doch vorhanden sein. Ob freilich die Kostenberechnung für den einzelnen Tag sich nicht noch höher stellen und ob nicht, worauf noch zu kommen sein wird, die Curdauer von 3 Monaten sich als zu kurz herausstellen wird, bleibt noch dahingestellt. Auf der anderen Seite ist die Versicherungsanstalt auch berechtigt, in wirklich humanem Sinne das Heilverfahren zu übernehmen, wenn es höheren Aufwand erfordert, als die Rente betragen würde.

Die Unterstützung des Heilverfahrens kann sich, wie in der Denkschrift der Braunschweiger Anstalt richtig bemerkt wird, nicht auf einfache Bewilligung von Geldmitteln beziehen, die meist missbraucht werden. Es kann sich nur darum handeln, ob die Versicherungsanstalt selbst baut oder eine von anderer Seite gebaute Heilstätte beschickt. Zu solchen würde sie auch Geld zu niedrigem Zinsfusse leihen können. Welcher von beiden Wegen beschritten werden soll, das wird man am besten der einzelnen Anstalt nach ihren localen Verhältnissen überlassen. Hat die eigene Heilstätte den Vorzug glatterer Wirthschaft und unumschränkter Herrschaft im Hause, so spricht manches wieder für die andere Art, welche Küchler als einzig richtige hinstellt. Ihr würde z. B. niemand so leicht den Vorwurf einer Rentenquetsche machen können, wenn Versicherte und Nichtversicherte gleichermassen behandelt werden und sich mehr als Objecte der wirklichen Krankenpflege fühlen. Das Reichsversicherungsamt steht nach seinem Abrathen vom Heilstättenbau in Schlesien, Braunschweig, Hannover zu schliessen, der letzteren Art sympathisch gegenüber, machte ja z. B. die Anstalten auf die drei Berliner Heilstättenvereine aufmerksam (Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1886. Nr. 5), hat auch in seinen neueren Berichten der Angelegenheit grosse Aufmerksamkeit, und man kann heute wohl sagen, wohlwollende Beachtung geschenkt, womit man sich vorerst begnügen darf, so lange die Stimmung der einzelnen Anstalten selbst noch getheilt ist (S. Frankfurter Verhandlungen. Schriften der Centralstelle. No. 12. S. 122, 123, 144, 148).

Von Versicherungsanstalten besitzen eigene Heilstätten die Hanse-

atische (Oderberg im Harz, Anstalt für weibliche Kranke geplant in St. Andreasberg im Harz), die Braunschweiger (Stiege im Harz, nicht nur für Lungenkranke), die Hannoversche (Königsberg bei Goslar für Männer, Erbprinzentanne bei Zellerfeld im Harz für Frauen, letzteres im Umbau), die Norddeutsche Knappschafts-Pensionskasse (Sülzhayn im Harz), die Badische (Marzell, im Bau); die Brandenburger, die Berliner und die Hessische planen eigene Heilstätten, diejenigen für Sachsen, Thüringen, Westfalen, Oldenburg, Pfalz, Pommern betheiligen sich finanziell an anderen Unternehmungen, während der Rest nur Kranke in andere Heilstätten schickt.

Die Krankenkassen, ihrem Namen nach zuerst zur Krankenfürsorge berufen, sind, das wird allgemein zugegeben (Gebhard, Küchler), zum selbständigen Vorgehen meist zu schwach. Es lässt sich aber, da bei vielen der gute Wille vorhanden ist (mit der Hanseatischen Versicherungsanstalt vereinten sich von 260 Kassen 142) ein gemeinsames Arbeiten leicht erzielen. Der von der Hanseatischen Versicherungsanstalt festgesetzte, auch schon von Küchler empfohlene und nunmehr wohl allgemein angenommene Modus ist folgender: „Zu den Kosten der Verpflegung eines lungenkranken Versicherten in einem klimatischen Curorte zahlt die Krankenkasse 1,50 Mk. für den Pflegetag bei einer Pflegezeit bis zu 13 Wochen. Den übrigen Theil der Pflegekosten trägt die Versicherungsanstalt. Dieser fallen auch die Kosten allein zur Last für die über den Zeitraum von 13 Wochen etwa hinausreichende Pflegezeit. Die Versicherungsanstalt trägt ferner die Kosten der Reise, die Krankenkasse dagegen gewährt, soweit dies dem Kassenstatute entspricht, den Familien der Kranken die ihnen gebührende Familienunterstützung."

Der Eintritt der Versicherungsanstalten in Verbindung mit den Krankenkassen für die Lungenkranken ist eine Thatsache, welche spätere Culturhistoriker als einen äusserst wichtigen Punkt verzeichnen werden. „Die Organe der Arbeiter-Versicherungs-Gesetzgebung werden pflichtmässig zu Organen der Gesundheitspflege. Wir dürfen hierin einen neuen grossartigen Erfolg unserer socialpolitischen Gesetzgebung erblicken, der gleichfalls als ungeahnte Frucht an ihrem Baume zur Reife gelangt ist, der zum ersten Male im Grossen veranschaulicht, wie eng die Pflege der Volksgesundheit und die Linderung des socialen Elends zusammenhängen." (Pannwitz.)

Die Befürchtungen einzelner, dass die Arbeiter, welche die Insassen der Heilstätten sein sollten, sich scheuen würden, hineinzugehen, namentlich dann, wenn sie sich noch im Anfangsstadium der Tuberculose befänden, hat sich als hinfällig erwiesen, denn alle fertigen Heilstätten können die Zahl der sich Meldenden nicht fassen.

Setzt man, wie Freund vorschlägt, noch dazu eine Anzahl Arbeiter in den engeren Heilstättenausschuss, „deren Antheilnahme an der Verwaltung noch dadurch verstärkt wird, dass sie zeitweilen mit amtlichen Revisionen des Sanatoriums betraut werden" — (vergl. den Beschluss der Berliner Arbeiterschaft. Schriften der Centralstelle. No. 12. S. 99) —

so wird jede Abneigung überwunden. Die Arbeiter betrachten dann die Heilstätte als die ihrige und setzen einen gewissen Stolz darein, sie zur Blüthe zu bringen. Wenn trotzdem der Andrang noch nicht grösser ist, so liegt das nicht an der Stimmung der Leute, sondern an der noch arg verbreiteten Unkenntniss über das Gesetz. Es ist daher sicher zu begrüssen, dass die „Vereinigung zur Fürsorge für kranke Arbeiter" in Leipzig ausser mancherlei anderer finanzieller und moralischer Hilfe auch belehrend und aufklärend auf die Versicherungspflichtigen wirkt. Der Bericht schreibt: „Es hat sich bei den Untersuchungen der uns zukommenden Bittgesuche vielfach herausgestellt, dass die Arbeiter bei weitem nicht genügend Bescheid darüber wissen, welche Segnungen durch die socialpolitische Gesetzgebung verbreitet werden; insbesondere sind die Wohlthaten des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes noch ziemlich unbekannt".

Bei der Versicherungsanstalt für das Königreich Sachsen verstarben 1894 von 476 lungenkranken Rentenantragstellern 106 vor Ertheilung des Bescheids, ein Zeichen, wie aus Unkenntniss der Antrag viel zu spät gestellt wird, von einer Benutzung des § 12 gar nicht zu reden. An anderen Orten (Münchener med. Wochenschr. 1896. No. 18) sagte ich darüber: „Man muss öfter die wichtigsten Punkte dieser Gesetze gemeinverständlich durch Wort (z. B. in Volksunterhaltungsabenden) und Schrift (in der Tagespresse) schildern, um dem in solchen Sachen sehr schwerfälligen Volke zum Bewusstsein zu bringen, was es eigentlich für seine Beiträge zu verlangen berechtigt ist. Die naturgemässe Berathungsstelle, die Krankenkasse des Ortes ist nicht immer die geeignete, vor allem, wenn der den Verkehr mit den Leuten vermittelnde Beamte (wie es vorkommen „soll") grob ist. Darum wird es die Arbeiterwelt einer solchen Vereinigung Dank wissen, wenn sie ihr zur Berathung, zur Abfassung von Gesuchen u. s. w. zur Seite steht."

Leider befinden sich auch viele Aerzte in vollkommener Unkenntniss über diese Gesetze.

Für die energische Betheiligung der Lebensversicherungsgesellschaften an der Fürsorge für die Lungenkranken tritt Dr. Ladendorf-St. Andreasberg in der „Heilstätten-Correspondenz" ein. „Aus denselben Gründen, aus welchen die Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten ihre Lungenkranken in eigenen oder fremden Anstalten unterbringen, sollten auch die Lebensversicherungsanstalten ihre Versicherten in Heilstätten behandeln lassen, so lange die Krankheit noch heilbar ist. Es liegt dies mehr noch als im Interesse der Kranken und ihrer Familie im Interesse der Versicherungsanstalten selbst".

„Die Lebensversicherungs-Anstalten könnten die Zahl der frühzeitigen Todesfälle an Schwindsucht erheblich vermindern, wenn sie den Versicherten im Erkrankungs- und Bedürfnissfalle die Mittel zu einer etwa vierteljährlichen Cur gewährten. Sie würden dadurch nicht nur keine Verluste erleiden, sondern eher noch Vortheile aus ihrem Vorgehen erzielen. Rechnen wir z. B., es sei Jemand mit 10000 Mk. versichert,

so würde, wenn der Kranke nach der Cur nur zwei Jahre länger am Leben bleibt, die Anstalt diese 10000 Mk. zwei Jahre später auszuzahlen haben, d. h. sie würde, den Zinsfuss zu 3,5 pCt. gerechnet, 700 Mk. in zwei Jahren mit den 10000 Mk. verdienen, und dazu noch die zweijährige Prämie, die der Kranke nach seiner Cur zahlen kann. Demgegenüber würde ein Zuschuss von 300 bis 500 Mk. zu einer mehrmonatlichen Kur zu zahlen sein".

Zum Schlusse dieses Gedankenganges möge noch darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Heilstätten, namentlich die von Vereinen errichteten, Schenkungen aller Art gebrauchen können und gern annehmen, mögen sie sich auf unentgeltliche Drucksachen (München), Wasserleitungsröhren (Wien), Vieh, Bücher, Musikinstrumente (Grabowsee), Fahrtermässigungen oder auf Saisonfreibetten erstrecken, wie sie Ihre Majestät die Kaiserin der Heilstätte am Grabowsee alljährlich stiftet. „Bezüglich der (Kapital-) Schenkungen ist es unzweckmässig, wenn sie verbaut werden. Es ist richtiger, die Summe für wohlthätige Zwecke, z. B. für unbemittelte Angehörige, zu verwahren und durch die Schenkungen nur anregend auf die Communalverbände einzuwirken". (Heydweiller, Schr. d. Centralstelle. No. 12. S. 121.)

Ueber die Gesammtkosten einer Heilstätte liegen noch nicht viel Erfahrungen vor, Ruppertshain kostete ausschliesslich Remise, Eiskeller und Inventar 210000 M. Das (mitgebrachte) Inventar würde etwa 50000 M. betragen. Rechnet man für die genannten Nebenräume noch 5000 M. und für eine menschenwürdige Arztwohnung, welche nunmehr gebaut ist, 15000 M., für elektrische Beleuchtung 20000 M., so ergiebt sich eine Gesammtsumme von 300000 M., bei 75 Betten auf das Bett 4000 M. Küchler veranschlagte seine Heilstätte einschliesslich Einrichtung und Arztwohnung (etwas winzig) auf 130000 M., bei 35 Betten auf das Bett 3714 M. Ueber weitere Anstalten liegen noch keine Rechnungsberichte vor, in der Heilstätte Oderberg dürfte das Bett nicht unter 5000 M. zu stehen kommen. Man sieht daraus, dass die Kosten nach localen Verhältnissen sehr verschieden sein werden. Jedenfalls hat Friedberg Recht, wenn er verlangt, dass, wenn einmal gebaut wird, dann, was hygienische Einrichtung anlangt, finanzielle Rücksichten bei der Ausführung nicht mehr in Betracht kommen dürfen.

Von verschiedenen Seiten ist darauf aufmerksam gemacht worden, dass für die Armen die Armenpflege, für die Versicherten die Versicherungsanstalten und dass die Reichen für sich selbst sorgen können, während für den Mittelstand, die Bürger, Handwerker, Kaufleute, kleinen Beamten u. s. w. noch nichts gethan worden ist. v. Ziemssen, v. Leyden, Meissen, Hermann Weber, Hägler brachen eine Lanze für diese (s. meinen Artikel Zeitschrift f. Krankenpflege 1896, No. 6). Manche Heilstätten haben für solche Gelegenheit zur Aufnahme geschaffen, Ruppertshain (wöchentlich 21 und 35 M., dafür Einzelzimmer), Grabowsee (21 M.), Schömberg (21 M.), Weicker (32 bis 45 M. in der Heilanstalt der Gräfin Pückler, 21 M. im Krankenheim), Brehmer (II. Klasse

130 bis 160 M. im Monat), Laubbach (145 bis 160 M. im Monat), Hohenhonnef und Reiboldsgrün (einzelne Freistellen). Aber im Grossen und Ganzen ist noch wenig geschehen, da ja die Heilstätten der Versicherten nur Versicherte aufnehmen dürfen. Es sollte daher die Errichtung von Heilstätten für Minderbemittelte (im Gegensatze zu Unbemittelten) mit in das allgemeine Programm aufgenommen werden, wie es bisher der Berlin-Brandenburger und der Halle'sche Verein planen, in den anderen Volksheilstätten sollten aber wenigstens eine Anzahl Einzelzimmer nach Vorgang von Ruppertshain gegen etwas erhöhte Taxe für solche eingerichtet werden. Freilich wird in Volksheilstätten die gemeinsame Beköstigung Manchen abstossen. Verlangt ja Ascher sogar — und ich gebe zu, für manche Gegenden und manche Einzelfälle mit Recht — dass nicht alle Versicherten gleich behandelt werden, da sie ja auch nicht alle gleiche Beiträge zahlen. Der Buchhalter könne nicht mit dem Tagelöhner, die Erzieherin nicht mit der Arbeiterin an einem Tische essen. Man solle für solche besondere Heilstätten errichten. Gegner dieser Trennung können billiger Weise auf den moralischen, versöhnenden Einfluss einer gleichmässigen Behandlung aller Klassen hinweisen.

Andere Kranke als Lungenkranke oder Rekonvalescenten aufzunehmen, wie es Fielitz empfiehlt und wie es in Stiege (Invaliditätsversicherungsanstalt für Braunschweig) durchgeführt, für Königsberg (Invaliditätsversicherungsanstalt für Hannover) und eine Münchener Heilstätte wenigstens beabsichtigt war, ist ganz gewiss nicht zu empfehlen. Es darf auf das oben über die Krankenhausbehandlung Gesagte hingewiesen werden.

### 3. Verpflegungskosten und Familienfürsorge.

Während die Kosten des Aufenthalts in einer Privatanstalt natürlich wechseln je nach dem, was geboten und verlangt wird, lassen sich für Volksheilstätten gewisse Normen aufstellen, wenn man auch einestheils locale Verhältnisse mit in Rechnung ziehen muss, anderntheils erst nach einer Reihe von Jahren einen Normalsatz feststellen können wird. In der Volksheilstätte Falkenstein (später Ruppertshain) ergab sich für die Zeit vom August 1892—1893 der Betrag von 2,07 M. pro Kopf und Tag, in Rehburg 2,17 M., in Malchow für 3 Jahre 2,25 M., 1,85 M., 2,04 M., in Königsberg 1895 3,11 M. (mit Verzinsung und Amortisation), 1896 2,71 M.; für Marzell ist 2,38 M. veranschlagt, Küchler berechnet 2,50 M., Sommerfeldt 2,19 (Verpflegung 1,25 M., Verwaltung 0,50, Verzinsung von 400000 M. 0,44 M.); für Heiligenschwendi hat man 1,92 Fr. gefunden (= 1,52 M.). Das Mittel aus allen diesen Angaben ist 2,25 M. Es geht jedenfalls auch hieraus hervor, dass eine Sammelstelle mit geeigneter Zeitschrift fehlt, an welcher alle diese Angaben genau niedergelegt würden. Der Etat von Altena balancirt, um das noch zu erwähnen, mit 103200 M. für 100 Betten, derjenige von Königsberg (35 Betten) weist für 1895 mit 6600 Verpflegungs-

tagen eine Ausgabe von 11726 M. auf, für 1896 mit 8859 Tagen 24011 M.

Die oben erwähnte Einrichtung einiger Zimmer für mehr Zahlende und die Anlage eigener Meierei und Feldwirthschaft (s. u.) beeinflusst die Kosten wesentlich.

Man ist auf Grund dieser Berechnungen dort, wo nicht Heilstätten der Invaliditätsversicherungsanstalten in Frage kommen, zu einem Einheitssatze von 3 Mark für volle Verpflegung und ärztliche Behandlung gelangt.

Zu den eigentlichen Kosten der Heilbehandlung gesellen sich noch als ganz nothwendige Ergänzung diejenigen der Versorgung der Angehörigen. „Die Gewährung der Familienunterstützung ist eine sehr wichtige Voraussetzung für die wirksame Durchführung der Sanatorienfrage", sagt Freund sehr deutlich, und es ist interessant, die Aeusserungen von Versicherten selbst zu hören (Mittheilungen der Norddeutschen Knappschafts-Pensionskasse 1897, No. 2, Antworten der Krankenkassen auf ein diesbezügliches Rundschreiben): „Nach den bei hiesigen Lungenkranken gemachten Erfahrungen übt die Sorge um Frau und Kind einen höchst nachtheiligen Einfluss auf die Patienten aus; sie leben in beständiger Aufregung, verlieren den Appetit, Schlaf, nehmen an Körpergewicht ab, der Heilungsprocess macht eher Rück- als Fortschritte und in den meisten Fällen bleibt gar nichts anderes übrig, als den Patienten vorzeitig und mit mangelhaftem Erfolge zu entlassen." Ich habe in St. Andreasberg mehrfach, wenn die Familienunterstützung fehlte oder zu gering war, dieselbe Beobachtung gemacht, „dass ohne eine Unterstützung der Angehörigen des Kranken seitens des (Knappschafts-)Vereins sich kaum ein Genosse entschliessen wird, (die Heilstätte) Sülzhayn aufzusuchen, um so weniger, als ja die Erkrankten möglichst früh der Anstalt zugeführt werden sollen, zu einer Zeit, wo sie von ihrem Leiden noch wenig fühlen, sich also meistens für voll erwerbsfähig halten und dieses auch noch sind." Bedenkt man, welche Bedeutung seelische Affekte auf den Verlauf der Lungentuberculose haben, worüber sich namentlich Winternitz, Wolff, Heinzelmann, v. Ziemssen, Sonderegger ausgesprochen haben, so muss man diesen Zweig der Fürsorge als einen untrennbaren Bestandtheil der Heilstättenbehandlung betrachten. Weicker berichtet: „Die Leute drängen nur dann nach Hause, wenn sie sich von Tag zu Tag elender fühlen, die Kur also erfolglos ist, oder wenn sie daheim ihre Familie unversorgt wissen. Sowie die Versicherungsanstalt auch noch für die Familie eintrat, beruhigte sich der Kranke." Diese Anstalten thun denn auch viel in diesem Sinne. Die Vorstandsconferenz in Berlin beschloss: „Die Versicherungsanstalten können den Angehörigen des auf Kosten der Versicherungsanstalt in einem Krankenhause oder sonst ausserhalb der Familie untergebrachten Versicherten, für deren Unterhalt der Erkrankte bisher gesorgt hat, eine nach freiem Ermessen festzusetzende Unterstützung bewilligen."

Die Hanseatische Anstalt u. a. ermässigten oft die Beiträge der

Kankenkassen, um sie den Angehörigen zukommen zu lassen, „in einer grossen Zahl von Fällen wurde ein Theil der von den Krankenkassen zu leistenden Zuschüsse an die Familien der Verpflegten zur Erhöhung der Familienunterstützung überwiesen, und durch Schreiben vom 22. November 1895 theilte der Vorstand der hanseatischen Versicherungsanstalt den Krankenkassenvorständen mit, dass bis auf weiteres bei Verheiratheten oder verwitweten Personen, welche Kinder unter 15 Jahren zu versorgen haben, allgemein so verfahren werden solle, dass nur 1 M. für den Pflegetag als Beitrag der Krankenkasse zu den Pflegekosten abgeführt, der überschiessende Betrag von 0,50 M. für den Tag aber der Familie zur Erhöhung der dieser zustehenden Familienunterstützung überwiesen werden solle." Diese Massnahmen sind indessen auch noch reformbedürftig und sowohl die Forderung, welche Weicker auf der Versammlung der Centralstelle für Arbeiterwohlfahrt in Frankfurt aussprach: Die Unterstützung solle nicht gleichmässig, sondern „nach der Zahl der hungrigen Mäuler daheim" gezahlt werden, muss als berechtigt anerkannt werden, als auch unter Hinweis auf die oben geschilderten Erlebnisse die von Friedberg auf der Braunschweiger Naturforscherversammlung aufgestellte: Die Versicherungsanstalten sollen die ganze Heilbehandlung tragen, sodass sämmtliche Krankenkassenbeiträge den Familien zufielen.

Eine werthvolle Hilfstruppe auf diesem Gebiete besitzen wir in den wohlorganisirten deutschen Frauenvereinen. Auf dem dritten Verbandstage der deutschen Frauenvereine zu Würzburg vom 18.—20. Juni 1896 hat Pannwitz, auf der Delegirten- und Generalversammlung des Vaterländischen Frauenvereins am 30. und 31. März 1897 zu Berlin Schultzen in begeisternden Worten diese Beihilfe geschildert. (Das Rothe Kreuz, 1896, No. 13, 1897, No 7.) Es wird Aufgabe der Vereinsvorstände und Heilstättenleiter sein, sich in ihrem Wirkungskreise mit den Frauenvereinen ins Einvernehmen zu setzen. Eventuell sind, wie z. B. in Wien u. a. eigene Damengruppen des Vorstandes zu bilden. In Riga hat sich jetzt (nach St. Petersburger med. Wochenschrift 1897, No. 13) eine „livländische Gesellschaft zur Unterstützung der Familien von Aussätzigen, welche freiwillig in Leprosorien eingetreten sind", gebildet. Die Anwendung auf unsere Tuberculösen liegt nicht fern.

In welcher Weise für die Angehörigen zu sorgen ist, hängt vom Einzelfalle ab. „Nicht wird es in jedem Falle möglich und nöthig sein, eine Unterstützung durch Baarmittel eintreten zu lassen. Es wird eben Sache der Prüfung jedes Einzelfalles sein, welche, wie alle anderen Massnahmen, nur nach Benehmen und in steter Fühlung mit den betreffenden Heilstätten vorgenommen werden müsste, ob und wieweit wirkliche Bedürftigkeit und Würdigkeit vorhanden ist. Hier genügt es vielleicht durch Gewährung von Kleidungsstücken oder Nahrungsmitteln, Beköstigung in Familien oder Volksküchen, die Noth zu lindern, dort lässt sich durch Zuweisung von Arbeit an die Frau oder erwachsene Kinder helfen, in anderen Fällen wieder ist es am Platze, durch geeignete

Unterbringung Kranker oder der Aufwartung bedürfender Kinder der Mutter einen Verdienst zu ermöglichen. Gerade hier ist der Initiative des Hilfespendenden ein grosser Spielraum gelassen". (Schultzen). In Frankfurt a. M. stellt der Hauspflegeverein bei Erkrankung von Hausfrauen ältere, vom Verein bezahlte Frauen zur Führung des Haushaltes zur Verfügung. Das Eine ist bei all diesen Massnahmen zu bedenken, sie verlieren um so mehr an Werth, je mehr sie sich dem Almosen nähern, und gewinnen, je mehr sie dem zu Versorgenden nur die Möglichkeit schaffen, aus eigener Kraft vorwärts zu kommen.

Léon-Petit schlägt für Frankreich eine Caisse de secours mutuels centrale en faveur des phthisiques vor, ohne welche die Unterbringung Lungenkranker ganz unvollkommen sei. (La revue philanthropique. 10. Sept. 1897.)

Sehr nachahmenswerth ist eine von der Versicherungsanstalt Oldenburg eingeführte Einrichtung. Regierungsrath Düttmann berichtete darüber in Frankfurt: „Wir schreiben nach der Aufnahme an die Angehörigen des Kranken, dass Niemand mehr zu seiner Heilung beitragen könne als sie, wenn sie ihn während der Cur in Ruhe lassen und sich nicht direkt an ihn, sondern an den Vertrauensmann oder den Geistlichen wenden. Damit haben wir gute Erfahrungen gemacht. Von gutem Erfolge wäre auch eine Mitwirkung der Frauenvereine, die die Sache nicht so sehr pecuniär als moralisch unterstützen könnten". Letzteres soll in der Heilstätte Loslau so gehandhabt werden. In dem Anschreiben an diese Vereine heisst es: „Die betr. Familien bitten wir gütigst zu veranlassen, dass sie in den an die Kranken gerichteten Briefen im Interesse eines guten Erfolges der Cur jegliches Klagen und alles Bitten und Fragen nach baldiger Rückkehr vermeiden, vielmehr die Kranken trösten und zu geduldigem Ausharren ermuthigen".

## 4. Erfolge.

Ueber die Erfolge reden zu wollen, welche wir von den Heilstätten erwarten dürfen, ist ein schwieriges Stück. Dass die Tuberculose heilbar ist, haben wir schon erörtert. Während die meisten der oben genannten „Renommirfälle" nunmehr doch scheiden mussten, erfreut sich Altmeister Dettweiler des besten Wohlbefindens und dient sich und anderen als bester Beweis der Güte des Systems. Er konnte auch über 72 Fälle jahrelanger Heilungen berichten, ebenso Wolff-Saugmann (146 Fälle), Spiegel (40 Fälle), Königer, Kurlow u. a. Solche Erfolge sind in Privatanstalten zu erzielen, wo die Kranken womöglich jahrelang bleiben können. Trotzdem sprechen sich auch Anstaltsärzte sehr zurückhaltend über den Begriff „Heilung" aus. Wolff schreibt in seinem Anstaltsberichte für 1896, die Erfahrung lehre, „dass zwar viele der scheinbar Geheilten nach kurzer Zeit wieder erkrankten, dass aber zahlreiche Kranke, darunter manche

mit zunächst geringem Erfolg, durch die Anstaltsbehandlung auf die rechte Bahn zur Gesundung geleitet werden und somit ihre Heilung der Anstalt verdanken". Brehmer, Dettweiler, Kaatzer, Meissen (zusammengestellt bei Spiegel) verhalten sich ebenso reservirt; man wird wohl am besten thun, Volland's Modus anzunehmen: „Einen Phthisiker mit dem Prädikat „geheilt" von hier zu entlassen, das geschieht von mir principiell nicht. Denn ich halte nur den für geheilt, der mindestens 5 Jahre ohne Rückfall und ohne verminderte Arbeitskraft zu Hause wieder in seinem Berufe thätig gewesen ist". (Therapeutische Monatshefte. 1897. No. 6.)

Wie steht es aber mit Volksheilstätten, in denen die Kranken etwa ein Vierteljahr, keinesfalls aber monatelang darüber hinaus bleiben sollen? Die Kranken sollen hier „angeheilt" werden. Dieser triviale, aber treffende Ausdruck besagt, dass durch Entfernung der Leute aus schlechten und Ueberführen in gute Verhältnisse der Körper einmal „aufgerappelt" werden, seine Widerstandsfähigkeit erhöht, das überanstrengte und erschlaffte Gummiband der Elasticität durch geeignete Regenerationsverfahren wieder stramm gemacht werden soll. Während das geschieht, wird erzieherisch auf sie eingewirkt, um ihnen zweckmässige hygienische Lehren so in Fleisch und Blut übergehen zu lassen, dass sie nach der Entlassung deren weitere Befolgung für selbstverständlich halten. Man wird sie also nur bis zu einem gewissen, je nach dem einzelnen Falle schwankenden Grade von Besserung, natürlich immer bis zur Erwerbsfähigkeit bringen müssen, und es lässt sich für den einzelnen, wie für die Gesammtheit davon schon bedeutender Nutzen erwarten. Kurz, man wird sich mit einer Heilung im Sinne der Versicherungsanstalten begnügen müssen, als welche „nicht bloss die völlige Beseitigung jeder Spur der Erkrankung zu betrachten ist, sondern auch ein solcher Grad der Besserung, dass die bereits vorhandene Erwerbsunfähigkeit dauernd oder wenigstens für eine längere Reihe von Jahren beseitigt oder die noch vorhandene, aber bedroht gewesene Erwerbsfähigkeit dauernd bewahrt wird." (Gebhard).

Specielle Erfolge werden, wenn man den einzelnen Berichten nachgeht, in ganz unglaublichem Maasse erzielt. Gewiss hat aber Pfeiffer Recht, wenn er sagt: „Die bisher erzielten Erfolge in Bezug auf Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sind noch geringe, sobald man andere Erfahrungen zusammenstellt, als die der betheiligten Anstaltsärzte", wenn man nur in dem Satze sagt: dauernde Wiederherstellung. Wo eigentlich jeder Fall anders ist und seine Eigenarten hat, ist eine schematische Einordnung nach Censuren ungemein schwierig, und ebensoviel wie der Curerfolg wird es wiegen, ob der Entlassene in gute oder schlechte hygienische Verhältnisse kommt, welchen Beruf er ergreift, ob er weiter schnapst u. v. a. m. Dazu kommt erstens, dass eine allgemein gültige „Eintheilung" noch nicht angenommen ist. In der Heilstätte Oderberg werden drei Censuren gegeben, der Lungenbefund mit

arabischen Zahlen, das Allgemeinbefinden mit Buchstaben, die Arbeitsfähigkeit mit römischen Zahlen bezeichnet, also etwa $\left.\begin{matrix}2\\a\end{matrix}\right\}$ II. Auf der Stettiner Conferenz nordwestdeutscher Versicherungsanstalten am 25. Juni 1897 wurde folgende Eintheilung in die Gruppen A, B und C beschlossen:

A. Voller Erfolg liegt vor, wenn der Gesundheitszustand des Kranken bei der Entlassung aus der Fürsorge derartig gehoben ist, dass eine längere Erwerbsfähigkeit eines Durchschnittsarbeiters seiner Art in sicherer Aussicht steht.

B. Theilweiser Erfolg liegt vor, wenn zwar ein voller Erfolg (A) nicht erreicht ist, jedoch bei der Entlassung eine Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes nicht festgestellt wird.

C. Kein Erfolg ist in allen übrigen Fällen zu verzeichnen.

Die vorgeschlagene Bezeichnung „geheilt, gebessert, ungeheilt" wurde verworfen, weil der Ausdruck „geheilt" vom ärztlichen Standpunkte aus zu Missverständnissen führen könnte und ein voller Erfolg für die Versicherungsanstalten vom Verwaltungsstandpunkte aus schon vorhanden sei, wenn die unter A. festgestellten Thatsachen vorliegen.

Andererseits wurde allgemein anerkannt, dass die Bezeichnung A. nur mit Vorsicht zu gebrauchen sei, um nicht bei der Nachcontrolle eine zu grosse Verschlechterung der Resultate feststellen zu müssen.

Alles dieses Eintheilen hat seine grossen Schwierigkeiten und man muss Volland zustimmen, wenn er sagt (Therap. Monatsheft 1897, No. 10): demjenigen, welcher die Lungenkranken schön in Gruppen eintheilt, ergeht es wie dem, die Geisteskranken wieder einmal neu ordnenden Psychiater. „Er wird es erleben, dass er abermals der einzige ist, der an die Richtigkeit seiner Eintheilung glaubt. In Wirklichkeit ist es weiter nichts, als dass auch er das Unmögliche nicht möglich gemacht hat. Denn jeder Kranke hat in der Psychiatrie, wie in der Phthisiatrie durchaus seine eigene Krankheit mit allen ihren, seinem Wesen entsprechenden Besonderheiten." Ein derartiges Schema, welches mehr der wissenschaftlichen Verarbeitung des Stoffes nützen, als die nach „statistischen Erfolgen" der Volksheilstätten Lechzenden befriedigen würde, müsste dann wenigstens „die ganze Entstehung und den Verlauf, soweit möglich, auch nach der Entlassung aus der Behandlung umfassen" (Meissen).

Ein zweites Moment ist die naturgemässe sehr subjective Beurtheilung des Falles. Wenn ich einen Kranken als I, voraussichtlich dauernd arbeitsfähig entliess und der nachuntersuchende Vertrauensarzt bezeichnet ihn wenige Tage später in Hamburg als II, d. h. erwerbsfähig, aber wie lange?, wer hat dann — für die Statistik — Recht? Gegenseitige Beurtheilung ist nur möglich, wenn genaue Listen angelegt werden, in der Weise, wie Dettweiler, Wolff-Saugmann, Königer, Spiegel, Weicker ihre Fälle veröffentlichten. Werden diese in einem „Archiv" gesammelt, so kann jedermann Vergleiche anstellen, und es

weiss jeder, wie es z. B. um den Fall „Ruppertshain 1896, No. 10, Frl. Alma X“ steht. Aber, wie gesagt, solche Statistiken haben auch nur wissenschaftlichen Werth, wofür ein Wort Dettweiler's angeführt sei: „Und dann die unglückselige Befangenheit der Begriffe, dass Infiltration bis zur dritten Rippe in einem Falle und Infiltration bis zur dritten Rippe im andern ein und dasselbe sei! Diese uniforme Taxirung und schablonenhafte Classificirung der Stadien kann garnicht genug gebrandmarkt werden, sie ist aufmerksam beobachtender Aerzte unwürdig. Sollte gerade hier das Mehr oder Weniger der vorhandenen vitalen Energie, das individuelle Ausgleichs- und Assimilationsvermögen, gutes oder armseliges Blut, ererbte oder kaum geheilte Syphilis, Scrophulose, fahriges, unzuverlässiges Wesen, oder ein gesundes Denk- und Schlussvermögen verbunden mit der nöthigen Willensenergie keine Rolle spielen? Die allergrösste, sage ich!“ Und es ist bezeichnend, dass Weicker in seinen Berichten genaue Angaben über den Charakter jedes Kranken macht, an dem, nach Humboldt, der Mensch stirbt. Die Statistik, welche die Erfolge der Volksheilstätten beweisen soll, muss sich weniger auf die Entlassungscensur, sondern — wie der deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege beschloss — auf die Arbeitsfähigkeit in einer Reihe von (5) Jahren nach der Entlassung erstrecken.

Einige Zahlen mögen trotzdem hier angeführt sein. Von Privatanstalten hatten Falkenstein 13 pCt. Geheilte, 28 pCt. wesentlich Gebesserte, St. Blasien 17 pCt. wesentlich, 67 pCt. überhaupt Gebesserte, Reiboldsgrün 13,66 scheinbar Geheilte (9 pCt. waren nach 14 Jahren noch gesund), 28,02 pCt. wesentlich Gebesserte, Brehmer's Anstalt nach Brehmer's Angaben 26,6 pCt. Geheilte, nach neueren 25,1 pCt. wesentlich, 60,9 pCt. überhaupt Gebesserte (1888 22 pCt. geheilt, 69 pCt. gebessert), Hohenhonnef in 5 Jahren von 642 15 pCt. geheilt, 27 pCt. annähernd geheilt, 27 pCt. gebessert. Von gemischten Anstalten melden Schömberg 60,9 pCt. sehr, 33,3 pCt. überhaupt gebessert, Ventnor 1888 26 pCt. gebessert, 1891 12 pCt. wesentlich, 19 pCt. überhaupt gebessert. Von Volksheilstätten wird berichtet: Ruppertshain 70 pCt. gebessert, Malchow 43,65 pCt. sehr, 40,32 pCt. überhaupt gebessert, Königsberg 72 pCt. und 13 pCt., Halila in 3 Jahren 25,7 pCt. geheilt, 45,2 pCt. gebessert (18,8 pCt. ohne Veränderung, 10,3 pCt. todt). Auf einige Anstalten soll etwas ausführlicher eingegangen werden. In Weicker's Krankenheim gingen 1896 ab als arbeitsfähig 70,3 pCt., bedingt arbeitsfähig 9,7 pCt., gebessert, aber nicht arbeitsfähig 11,9 pCt., ungebessert 8,1 pCt. Ueber die 1894—1896 Entlassenen stellt er folgende Tabelle auf:

| | | | davon waren Anfang 1897 noch arbeitsfähig |
|---|---|---|---|
| 1894 | entlassen 12, | spätere Nachricht erhalten von 8, | 50 pCt. |
| 1895 | „ 65, | „ „ „ „ 43, | 60,5 „ |
| 1896 | „ 185, | „ „ „ „ 135, | 62,2 „ |

Arbeitsfähig wurden entlassen:

| | | davon waren Anfang 1897 noch arbeitsfähig |
|---|---|---|
| 1894 | 5, davon spätere Nachricht erhalten von 5, | 60 pCt. |
| 1895 | 47, „ „ „ „ „ 31, | 71 „ |
| 1896 | 130, „ „ „ „ „ 91, | 89 „ |

So geführte Tabellen werden am ehesten zu einer positiven Statistik führen.

Eine Tabelle, welche sich durch besondere Ehrlichkeit auszeichnet, ist diejenige von Michaelis über die Bremer Heilstätte in Rehburg:

Bei 297 Lungenkranken war nach Beendigung der Cur
a) bei 253 = 85,2 pCt. das Allgemeinbefinden besser geworden,
„ 24 = 8,1 „ „ „ schlechter geworden,
„ 20 = 6,7 „ „ „ gleich geblieben,
b) „ 194 = 65,3 „ der Untersuchungsbefund derselbe geblieben,
„ 63 = 21,2 „ „ „ besser geworden,
„ 40 = 13,5 „ „ „ schlechter geworden,
c) „ 243 = 81,8 „ das Körpergewicht gestiegen,
„ 26 = 8,8 „ „ „ gefallen,
„ 28 = 9,4 „ „ „ gleich geblieben.

Von den von mir von der Eröffnung der Heilstätte Oderberg bis Mitte December 1897 entlassenen 65 Kranken gingen ab:

23 = 35,38 pCt. als I }
32 = 49,23 „ „ II } = 84,61 arbeitsfähig
3 = 4,62 „ „ III
6 = 9,23 „ „ IV (zum Theil nach nur kurzer Curdauer)
1 = 1,54 „ starb.

Vorher in der freien Krankenpflege konnte ich entlassen von 122:

36 = 29,50 pCt. als I }
58 = 47,54 „ „ II } = 77,04 arbeitsfähig
14 = 11,48 „ „ III
14 = 11,48 „ „ IV

ein Unterschied, der allerdings wohl auf die damalige mildere Auswahlpraxis zurückzuführen ist.

Wie der finanzielle Schaden, den die Tuberculose erzeugt, ein ganz collossaler ist, so muss bei solchen Erfolgen auch der volkswirthschaftliche Nutzen der Volksheilstätten dem entsprechend sein. Ueber ersteren sagt Gebhard: „Da bei der grossen Mehrzahl der Todesfälle Personen in Betracht kommen, für die die vollen Aufwendungen, die sie in den Stand setzen sollen, um für sich und eine Familie den Lebensunterhalt erwerben zu können, bereits gemacht sind, die aber dahin sterben, schon ehe sie das in ihnen angelegte Kapital in vollem Maasse zur Verwendung gebracht haben, so handelt es sich um eine Summe, die sich nach sehr

vielen Millionen für jedes Jahr berechnet." Jaquet deducirte für Basel folgendermassen: In Basel sind 1800 Tuberculöse, davon sind 600 ganz, 600 halb, 600 zum Drittel erwerbsfähig. Ein durchschnittlicher täglicher Verdienst von 2 Fr. ergiebt einen Ausfall an öffentlichem Vermögen von 540000 Fr. Die Verpflegungskosten obiger drei Arten betragen täglich mindestens 1,50 Fr., 1,00 Fr. und 0,50 Fr., das giebt wieder 657000 Fr. Endlich ergeben sich noch 100000 Fr. Ausfall für verlorene Erziehungskosten solcher, welche zwischen dem fünfzehnten und zwanzigsten Lebensjahre sterben, sodass der Gesammtschaden, soweit er sich mit Zahlen berechnen lässt, nahezu 1300000 Fr. beträgt. Der Vertreter der Leipziger Vereinigung zur Fürsorge für erkrankte Arbeiter theilte auf der Braunschweiger Naturforscherversammlung mit, dass auf Grund der von der Vereinigung aufgestellten Berechnung der Verlust an Arbeitsverdienst seitens der schwindsüchtigen Mitglieder der Ortskrankenkasse von Leipzig jährlich über 3 Millionen Mark beträgt. Das erklärt sich recht wohl, wenn man sich den Arbeitswerth eines Menschen klar macht. Engel berechnete (nach Finkler), dass ein mit dem geringsten Aufwand erzogener 15 jähriger Knabe 3738,16 M. gekostet habe. Die normale Lebensdauer zu 50 Jahren gerechnet, hätte er jährlich 200 M. dieses Kapitals zu tilgen. Die Lebenskosten zur Erhaltung des Menschen auf 500 M. geschätzt, hätte er jährlich 700 M. zu erarbeiten, also etwa rund 2 M. ohne jegliche Ersparniss. Wird er durch Tuberculose arbeitsunfähig, so entgehen ihm diese 2 M. und er kostet dazu noch täglich wenigstens 2,50 M., meist wohl mehr, sodass der ideelle Kostenpunkt eines solchen Krankheitstags im Minimum auf 4,50—5,00 M. zu stehen kommt. Nach einer Berechnung von Kohlrausch erreichten 69 an Tuberculose verstorbene Mitglieder der Krankenkasse zu Crefeld ein Durchschnittsalter von 45,21 Jahren, gegen ein Durchschnittsalter der anderen von 56,74 Jahren. Jeder verlor also, das Jahr zu 300 Arbeitstagen gerechnet, 11,53 × 300 = 3459 Tage, d. h. nach Engels Berechnung eine Summe von 15565,50 bis 17295,00 M., alle 69 aber 947938,50 bis 1193355 M.

Landesrath Liebrecht berechnet einen grossen Vortheil gegenüber der offenen Pflege. Die Versicherungsanstalt Hannover hat für 376 Kranke ausgegeben 83347,67 M.; in eigener Heilstätte hätten diese gekostet (Verpflegungstag 2,50 M. gegen 3,50 M. in freier Pflege) 53666,48 M., also 29681,19 M. weniger (Schr. d. Centralstelle No. 12, S. 105).

Da die meisten Tuberculösen im besten Schaffensalter sterben (Würzburg u. a), so wäre es schon ein ganz erheblicher Gewinn, wenn, wie Küchler berechnet, nur in einem Viertel der Fälle die Arbeitsfähigkeit auf 5 Jahre wiederhergestellt wird. Wenn von 1 Million Kranker nur 20 pCt. auf 5 Jahre wieder arbeitsfähig gemacht werden, so ist das, das Menschenalter zu 40 Jahren gerechnet, ein Gewinn von 25000 Menschenleben. Es hat aber den Anschein, als würden bei guter Auswahl der Kranken die Ergebnisse noch bessere werden.

### 5. Frühdiagnose.

Alle die Erfolge sind indessen nur dann zu erreichen, wenn die Kranken im Anfangsstadium in die Heilstätte kommen, wenn also die Diagnose der Krankheit möglichst frühzeitig gestellt wird. Während man aber dies allenthalben und einstimmig einsieht, werden doch zur Erreichung dieses Ziels von vielen falsche oder ungenügende Wege angegeben. Eine mehrfach aufgestellte Forderung erstreckt sich auf Untersuchungsstationen für den Auswurf. Weicker schlug vor, dass die Invaliditätsversicherungsanstalten die Diagnose der Tuberculose selbst in die Hand nehmen und eine Centralstelle für Sputumuntersuchungen errichten sollten. Die Versammlung Berliner Aerzte, Krankenkassenvorstände u. s. w. über die Tuberkulosefrage nahm als Punkt 4 ihrer Resolution an: „Zur Förderung der rechtzeitigen Erkenntniss der Schwindsucht muss die Errichtung einer Centralstelle für bacterioskopische Untersuchungen, die den oft vielbeschäftigten Kassenärzten unentgeltlich zur Verfügung steht, ins Auge gefasst werden, wodurch die Stellung von Frühdiagnosen wesentlicht erleichtert werden würde," eine Forderung, welche auch Sonnenberg-Bremen auf der Braunschweiger Naturforscherversammlung aussprach und welche u. a. auch Fielitz in seinem Gutachten aufstellt. Neuerdings ist (nach Heilstätten-Correspondenz 1898, No. 5) die Central-Commission Berliner Krankenkassen beim Cultusministerium in dieser Angelegenheit vorstellig geworden. Nun ist es gewiss sehr richtig, was Hager in der Discussion über einen Vortrag Barsikow's in der Magdeburger medicinischen Gesellschaft sagt (Münchener med. Wochenschrift, 1897, No. 45), dass man, wenn man von allen Kranken mit Auswurf Sputumuntersuchungen anstellt, oft Bacillen findet, wo Niemand sie vermuthet, bei Leuten, welche sich mit ihrer Tuberculose scheinbar wohl fühlen. Dass aber die Bacillenuntersuchung ein wesentliches Mittel zur Frühdiagnose der Tuberculose sei, muss ich entschieden in Abrede stellen; zur Diagnose wohl, aber nicht zur Frühdiagnose. Es ist nicht richtig, wenn Weicker schreibt: „Der Einwand, dass eine Reihe von Patienten im beginnenden Stadium der Schwindsucht keinen Auswurf habe, dass in gewissen Fällen die bacteriologische und chemische Untersuchung im Stiche lasse, wird bei der Grösse des Materials als hinfällig zu bezeichnen sein." Schon Spengler fand bei sogar 6 pCt. der schwer Kranken keine Bacillen. Wenn man aber mit einem gut ausgesuchten Material von Anfangsfällen zu thun hat, wie es in St. Andreasberg der Fall war, kommt man zu anderen Ergebnissen. Vor Eröffnung der Heilstätte, wo noch mancher Fall mit unterschlüpfte, der nicht geeignet war, fanden sich von 122 nur bei 22 pCt. der Kranken Bacillen und zwar alle Fälle gerechnet, wo auch nur einer der beiden Untersucher (in den Hansestädten der Vertrauensarzt, in St. Andreasberg ich) Bacillen fand, während bei 29 pCt. der Fälle sowohl in der Heimath, als am Curorte jeder Auswurf fehlte. In der Heilstätte bei strenger ausgewählten Fällen waren von 110 18 pCt. ohne Auswurf

(auch Schleim zum Auswurf gerechnet) und nur 18 pCt. hatten Bacillen. Das klingt doch wesentlich anders. Dabei war die klinische Diagnose so sicher, dass ein Vertrauensarzt des öfteren notirte: „bei der Sicherheit der Diagnose wurde der Auswurf nicht untersucht."

Diese Ansicht ist übrigens gar nicht neu. Meissen sagt (Therapeut. Monatshefte 1897. Nov. „Nachwort"): „Der Nachweis des Bacillus im Sputum ist ein vortreffliches Mittel zur sicheren Diagnose der Tuberculose, ein sehr schlechtes zu ihrer Frühdiagnose. Wenn wir eine Tuberculose erst dann erkennen, wenn wir den Tuberkelpilz im Auswurf fanden, bleiben wir schlechte Kliniker." Wolff erklärt sich sehr energisch gegen jene Aerzte, „die je nach dem Befund des Sputums sich mit der Diagnose ‚Tuberculose' oder ‚keine Tuberculose' begnügen." Ascher sagt dasselbe, und andere beobachteten dies so oft, dass sie, wie Nahm im Ruppertshainer Bericht (1895—96) sagen: „Man wird immer wieder der Meinung zugedrängt, dass es auch eine nicht bacilläre Phthise giebt, wenn man so viele Fälle zu Gesicht bekommt, die alle Zeichen der Phthise darbieten, doch nie Bacillen im Auswurf finden lassen." „Die Zahl der Beobachter ist mittlerweile recht gross, welche im Sputum notorisch Schwindsüchtiger auch bei der sorgfältigsten Untersuchung niemals den Bacillus finden konnten." (Unterberger). Korányi giebt dafür die einfache mechanische Erklärung, dass die Bacillen dann fehlen, wenn keine Zerfallproducte nach aussen befördert werden, was ja nicht bei jeder Lage des Herdes möglich ist.

Jedenfalls werden wir mit dieser Thatsache mehr rechnen und mehr Werth als oft bisher auf die klinische Diagnose legen müssen, welche unter der glänzenden Erscheinung der Bacillenmikroskopie verdunkelt wurde. „In mancher Hinsicht hat die Entdeckung des Tuberkelbacillus nicht segensreich gewirkt." Man unterwerfe nur jeden Kranken einer genauen Gesammtuntersuchung. (Es ist ein sehr vernünftiger Rath, den Schnyder in seinem Rathgeber giebt: „Der Hülfesuchende misstraue jeder Untersuchung, die nicht bei ganz entblösstem Oberkörper vorgenommen wird." Kommt bei Frauen namentlich noch oft vor!) Es sollte kein Organ dabei vergessen werden (man denke an die Ohrleiden, Pupillenverengerung, Zahnfleischsaum, von Kehlkopfspiegelung als selbstverständlich gar nicht zu reden), dann wird man ein einheitliches klinisches Bild bekommen. Aber damit nicht genug: man muss eine ganz ausführliche Anamnese erheben, die Heredität auf Eltern, Grosseltern, Onkels und Tanten, Geschwister prüfen, nach Ehegatten und Kindern fragen, den Lebensgang des Kranken, die Aufenthaltsorte, Werkstätten, Lebensweise (ich erinnere an jahrelange unsolide Wanderschaft, an schnapsreiche Seereisen u. dergl.), Ernährung erforschen, ferner durchgemachte Krankheiten, seelische Affecte, die Lohnfrage, die Miethhöhe u. s. w. berühren. Es wird wenig Fälle geben, in denen diese Angaben nicht genügten. „Ich möchte behaupten, dass die klinische Diagnose der Schwindsucht so fest fundirt ist, das man die

mikroskopische Untersuchung in den meisten Fällen entbehrt." (Goldschmidt).

Es ist das ein sehr wunder Punkt in der ganzen Frage. Wenn auf einer Versammlung eines grossen hygienischen Vereins ein Nichtarzt (Gebhard) unwidersprochen schildern darf, wie so oft Tuberculöse zum Arzt gehen, um sich ein Lösungsmittel für ihren Husten zu holen und der Jünger Aesculaps dieses abgiebt, wie der Krämer seinen Käse, ohne der Ursache des Hustens nachgeforscht zu haben, so ist das sehr bös. Die zum Theil jämmerliche Bezahlung der Krankenkasse erklärt das wohl, entschuldigt es aber nicht, denn wer einmal die Behandlung übernommen hat, soll sie ohne Rücksicht auf die Bezahlung durchführen. „Vor Allem müssen sich die Kassenärzte daran erinnern, dass sie als Träger eines humanen Berufes verpflichtet sind, auch den Kassenmitgliedern gegenüber gewissenhaft und selbstverleugnend zu sein, dass sie mehr als Andere berufen sind, eine heimtückische und das Gemeinwohl so tief schädigende Krankheit frühzeitig zu erkennen und in ihrer Entwickelung aufhalten zu können", heisst es in dieser nur zu berechtigten Laienpredigt weiter. Es ist gewiss kein gutes Zeugniss für die gesammte Aerzteschaft, wenn sich die Versicherungsanstalten ihre eigenen „Vertrauensärzte" anstellen, auf deren Untersuchung sie sich verlassen zu können glauben, und leider müssen Heilstättenleiter, welche mit den Gutachten der praktischen Aerzte zu rechnen haben, in vielen Fällen über die mangelhafte Kritik und, wie aus dem Gutachten hervorgeht, mangelhafte Untersuchung klagen, was von Nahm, Reuter, Piclicke öffentlich erklärt worden ist. Bei manchen Aerzten besteht, wie Nahm in seiner treffenden Weise sagte, die ganze Lunge aus „Spitzen". Hier ist der Hebel mit anzusetzen. In der Klinik muss der Student weniger mit Paradestücken, mit amyotrophischer Lateralsklerose, acuter gelber Leberatrophie und sonstigen höchst seltenen und interessanten Fällen, sondern mit den Leiden des gewöhnlichen Durchschnittsmenschen, vor allem mit der Tuberculose, bekannt gemacht werden. Ja, diese Seuche ist, weil so ungeheuer verbreitet, so wichtig, dass ihr mit all ihren Zweigen, pathologische Anatomie, Diagnose, hygienische Behandlung u. s. w., eigene Vorlesungen gewidmet werden müssen. Dann werden obige Klagen wegfallen, dann wird jeder Arzt ein „Arzt des Vertrauens" sein können.

Ein unseliges Erbe der alten Unheilbarkeitslehre ist das Verstecktspielen. Was giebt's da alles für Bescheid vom „einfachen Spitzencatarrh", der vergeht, wenn man „sich hält", bis zur Erklärung, dass die Lunge schon „leicht angegangen" sei. „Der Patient selbst ist der wichtigste Mitarbeiter des Arztes", sagt Penzoldt. Wie kann er aber diese nöthige Mitarbeit fordern, wenn man den Kranken nicht über sein Leiden aufklärt? Aufklärt über die Gefahr, aber auch über die Mittel, sie zu beseitigen. „Ein Arzt, der so handelt, d. h. die Diagnose verheimlicht, erschüttert das Vertrauen, das seine Patienten zu ihm haben

sollten, auf das Schwerste aus ganz falsch verstandener und unberechtigter Humanität.“ (Koeniger).

Zu verkennen ist ja nicht, dass die Frühdiagnose der Tuberculose in grossem Maassstabe ihre Schwierigkeiten hat, da man die Leute nicht zur Untersuchung bekommt. Dem könnte durch mancherlei Maassnahmen abgeholfen werden. Zuerst durch die Führung von Gesundheitsbüchern. Beim Eintritt in die Schule wird ein Gesundheitsbuch nach vorgeschriebenem Formular verlangt — so gut wie der Impfschein —, in welchem die Hereditätsverhältnisse, Kinderkrankheiten, Angaben über Scrophulose, Rhachitis, Charakter, besondere Erlebnisse eingetragen sind. Der Lehrer überwacht, dass jede Erkrankung im Laufe der Schulzeit in dem Büchlein nachgetragen wird. Dasselbe hat in der Lehr- und Gesellenzeit, auf der höheren und Hochschule, in allen öffentlichen Verhältnissen stattzufinden. Der Soldat muss sein Gesundheitsbuch beibringen, der Arbeiter, wenn er Anstellung haben will, der Beamte ebenso; bei Eheschliessungen, bei Anmeldungen von Geburten und Todesfällen ist es vorzulegen. Dadurch würde eine grosse Volksanamnese geschaffen; das Volk würde sich nach einiger Zeit des Raisonnirens an diese Einrichtung gewöhnen, wie an andere. Ferner müssten durch die Sanitätsbeamten — die man doch endlich, wie Juristen u. a., so stellen möge, dass sie nicht des täglichen Brodes wegen noch Praxis treiben müssen — öfters Massen-Lungenuntersuchungen vorgenommen werden. Alle 5 Jahre hätte jeder Physikus sämmtlichen Arbeitern seines Bezirkes einmal die Lungen abzuhorchen; die Soldaten, die Schüler und Schülerinnen, Dienstboten u. s. w. müssten alle und nicht nur einmal im Leben untersucht werden. Dann erst werden Zählkarten, wie sie in Berlin jetzt eingeführt werden, eine wirkliche Uebersicht über die Tuberculose geben. (Arbeiteruntersuchungen verlangte Finkler zur Naturforscherversammlung in Braunschweig.)

In England ist mit den Krankenhäusern für Brustkranke meist eine Poliklinik zur ambulanten Behandlung verbunden. Davon wird bei uns meist abgerathen, man soll bei den Leuten gar nicht die Ueberzeugung aufkommen lassen, als wäre es möglich, die Tuberculose ambulant zu behandeln. Aber in anderem Sinne möchte ich nicht nur mit jeder Heilstätte eine Poliklinik verbunden, sondern in jeder Stadt eine solche eingerichtet wissen, dass sich nämlich dort jeder untersuchen lassen kann, ob er lungengesund ist, „Sprechstunden für Arbeiter“, wie Finkler vorschlägt. Es soll keine therapeutische Einrichtung sein, welche Expectorantien verschreibt, sondern erstens eine diagnostische Anstalt (kann ja mit Sputumuntersuchung verbunden sein) und zweitens eine berathende für solche, welche als tuberculös erkannt werden, wie sie sich heilen können, wie sie den Antrag bei ihrer Versicherungsanstalt zu stellen haben und dergl., aber auch für Gesunde, wie sie die Tuberculose verhüten, ihre Wohnung, ihre Lebensweise vernünftiger gestalten können. Zur Behandlung sind die Leute an ihren Arzt zu verweisen.

Die Versicherungsanstalten thun ja jetzt schon viel, um die Früh-

diagnose zu ermöglichen, werden aber infolge ihrer Organisation in dieser Frage immer von den Krankenkassen abhängig sein. Diese müssen auf ihre Mitglieder einwirken, belehrende Broschüren vertheilen, Untersuchungen veranlassen. (Vergl. „Wie ist es zu ermöglichen, ein frühzeitiges Erkennen der Krankheit herbeizuführen?“ Mittheilungen der Norddeutschen Knappschaftspensionskasse 1897. No. 1.) „Den Vorständen der Krankenkassen muss es zum Bewusstsein gebracht werden, dass sie nicht allein die Aufgabe haben, die finanzielle Ordnung ihrer Kasse zu überwachen, sondern dass sie auch durch die Arbeitgeber und Aufseher die wirthschaftlichen und ethischen Ziele, welche das Gesetz erstrebt, fördern müssen, dass sie nicht allein auf die Arbeitsleistung und deren Nutzen, sondern auch auf das persönliche Wohlergehen der Arbeiter zu achten haben und über sie eine Fürsorge üben sollen, für welche dem Arbeiter wegen seiner beschränkten Einsicht nur zu oft das richtige Verständniss fehlt.“ (Gebhard.) Schultzen fordert in seinem Vortrage an die Frauenvereine diese auf, zum Erkennen der Krankheit beizutragen, indem sie, in den Arbeiterfamilien verkehrend, mehr sehen, als der Arzt oder Beamte, der nur in besonderen Fällen aus- und eingeht. Sie sollen dann zur Untersuchung und eventuell Behandlung drängen.

An manchen Orten hat man eine gewisse Beobachtungszeit eingeführt. Dieselbe kann in einer „Vorstation“ in einem Krankenhause vorgenommen werden, wie sie z. B. Ries in Altena eingerichtet hat. Die für die Heilstätte am Grabowsee angemeldeten Kranken werden in der Gerhardtschen Klinik gesichtet, die für Alland bestimmten im Allgemeinen Krankenhause in Wien. Errichtete man in diesen Krankenhäusern die oben erwähnten Haussanatorien, so könnte man die für untauglich gefundenen dort zurückbehalten. In Basel plant man zu diesem Zwecke eine eigene Anstalt nahe bei der Stadt, für Frankreich wird das Gleiche vorgeschlagen. Durch vorkommenden Austausch von Kranken — Gebesserte werden versuchsweise nach der zweiten, dort Ungeeignete mit dem Troste wahrscheinlicher baldiger Rückkehr in die erste geschickt — wird das Drückende des Aufenthaltes in der für schwerer Kranke gemildert.

### 6. Geschlechter.

Zwei Geschlechter soll man besser nicht in eine Anstalt thun, wenngleich die Erfahrungen in Basel-Davos, Heiligenschwendi, Rehburg keine schlechten sind; in Ruppertshain machten sich einzelne Disciplinarstrafen nöthig, mehr bei Weicker. Wahrscheinlich ist es aber doch, dass sich ausserdem noch mancherlei hinter den Coulissen abspielt. Lässt sich eine Besetzung mit beiden Geschlechtern nicht vermeiden, so muss wenigstens die weibliche Station derart unter der Aufsicht von Schwestern stehen — wie z. B. die weibliche Hanseatische Station in St. Andreasberg —, dass diese den ganzen Tag mit den Mädchen und Frauen leben, die Spaziergänge, welche in corpore stattfinden, führen und so die Mög-

lichkeit zur Annäherung thunlichst verhindern. Dass man Heilstätten für ein Geschlecht vorerst für die für ihre Familie arbeitenden Männer baut, ist nur recht, aber es ist jetzt Zeit, dass auch für das weibliche Geschlecht gesorgt wird und Heilstätten für dieses gebaut werden. Und endlich müssen wir noch mehr, als durch die bisherigen Seehospize u. s. w. gesorgt ist (s. den betr. Abschnitt dieses Werkes), uns der tuberculösen und scrophulösen Kinder annehmen; Frankreich kann uns da ein Muster sein. Frauen- und Kinderheilstätten liessen sich jedenfalls passend vereinigen.

## II. Allgemeine Anforderungen an den Ort.

### 7. Allgemeine klimatische Anforderungen.

Die Frage, wo eine Heilstätte errichtet werden soll, erfordert gründliches Vorstudium der überhaupt in Betracht kommenden Gegenden. In Wien setzte sich v. Schroetter in Verbindung mit dem geographischen Institute, mit der meteorologischen Centralanstalt, mit den Touristenvereinen, mit Gutsbesitzern und Güteragenten. Namentlich wird man das Urtheil zuverlässiger Ortsbewohner hören müssen, ein Umstand, dessen Nichtachtung z. B. in der Heilstätte Oderberg sehr bald zu empfindlichem Wassermangel führte. Blumenfeld schlägt vor, während der langen Zeit der Vorverhandlungen etwa durch die Förster Wetterbeobachtungen anstellen zu lassen. Für Gebirge wird man namentlich auch auf den Winter Rücksicht zu nehmen haben, denn im sonnigen Sommer ist's überall schön.

Das erste Erforderniss der Oertlichkeit ist reine Luft. Diese soll möglichst staubfrei sein; es wird also grössere Entfernung von grösseren Ortschaften, Bahnkörpern, Fabriken und sonstigen Rauch und Dunst verbreitenden Anlagen zu verlangen sein. Dass die südlichen Curorte dieser Hauptbedingung nicht entsprechen, wird von allen kritischen Besuchern berichtet (z. B. Knopf). Groeningen sagt in seinem Schriftchen „Wie wird man tuberculös?“ von der Promenade in Nizza im Winter: „Das einzige, was dem waghalsigen Spaziergänger begegnete, war Staub, wirbelnder Staub, ganze Wolken feiner Staub“. Es kann aber auch eine Heilstättenanlage in den Rieselfeldern nicht gut geheissen werden, denn wenngleich die „Wissenschaft“ bewiesen hat, dass der dort herrschende — in der Sommerhitze geradezu penetrante — Geruch den Kranken nichts schadet, so ist er doch eine, das freie Athmen hemmende, die Lust daran nehmende Zugabe.

Die Gegend muss darum ferner windfrei sein, nicht so, dass eine absolute Windstille herrschen müsse, sondern nur gegen die rauhen Nord-, Ost- und Westwinde geschützt, behütet auf diese Weise vor den wirbelnden Staubwolken der Landstrassen. „Die ängstliche Furcht vor jeder Luftbewegung bei den Lungenkranken ist ein Rückstand aus den Anschauungen früherer Zeiten, wo man den Patienten nicht besser

behandeln zu können meinte, als wenn man ihn hübsch warm hinter dem Ofen hielt". (Meissen.) Man wird also einmal suchen, an den Südabhang eines Gebirges zu kommen, welches je steiler, desto besseren Windschutz gewährt (nicht an ein Plateau, von dem sich der Wind meist ins Thal hinabstürzt), und wird ferner, damit Luftreinheit und Windschutz zugleich findend, die Nähe des Waldes wählen. Die Untersuchungen, welche die geringe Keimzahl der Waldluft nachweisen, sind bekannt (purificateur de l'atmosphère. Léon-Petit). Auch auf die Gleichmässigkeit der Temperatur und auf die relative Feuchtigkeit hat der Wald Einfluss. Trotzdem man eigentlich einen Vortheil der Nadelwaldungen noch nicht nachgewiesen hat und daher von verschiedenen Seiten die Art des Waldes für nebensächlich erklärt, während andere, von Plinius an bis Liebermeister, Weber, Moritz, Jacubasch (Pines in New Jersey) Fichten oder Tannen verlangen, kann man doch einen, dem Laien und namentlich den Kranken selbst erfahrungsgemäss bekannten anregenden, die Athmung scheinbar freier machenden Einfluss nicht verkennen. „Das Auftreten von wohlriechenden ätherischen Oelen in Nadelholzwäldern hat einen erfrischenden Einfluss auf das Nervensystem des Menschen". (Assmann).

Dass man mangelhaften Windschutz durch Herstellung eines „localen Klimas" infolge halbkreis- oder hufeisenförmiger Bauweise eines grossen Gebäudes ausgleichen könne, bezeichnet Blumenfeld richtig als Phrase. Denn der so erhaltene windgeschützte Raum ist natürlich zu klein, um, mit Ausnahme der so ja etwas besser geschützten Liegehallen, zu genügen.

In solcher Gegend lässt sich weiter die Bedingung möglichster Ruhe und Abgeschiedenheit erfüllen. Die meisten Lungenkranken sind auch nervenkrank und bedürfen der Ruhe, ein therapeutisches Moment, auf welches, namentlich in Curorten, noch viel zu wenig Werth gelegt wird (vergl. Kühner's verschiedene Aufsätze darüber in der „Gesundheit", dem „Prakt. Arzt" u. s. w.). Man kann daher von den Anstalten Reiboldsgrün und Halila als besonderen Vorzug rühmen, dass sie ganz einsam liegen, während alle anderen sich mehr oder weniger in oder in der Nähe von Ortschaften halten. Dass man so bauen soll, dass die Angehörigen oft zu Besuch kommen und sich Raths erholen (soll heissen Schnaps einpaschen) können, wird jeder Heilstättenarzt eher als bedeutenden Nachtheil für eine ruhige Cur und eine gute Disciplin ansehen, denn als Vortheil.

Endlich ist zu bedenken, dass es sich in einer der landschaftlichen Schönheiten nicht baren Gegend leichter gesundet, als in einer wenn auch hygienisch guten Einöde, und dass bei allem Schutze die Heilstätte doch des vollen Lichtes und Sonnenscheins bedarf, welcher die Herzen erhebt und die Bacillen tödtet. „Ein dunkles Haus ist immer auch ein schlecht gelüftetes, ein schmutziges und ein ungesundes Haus", sagt schon Miss Nightingale. Man wählt auch deshalb immer die Südlage für die Front des Krankengebäudes (vergl. die interessante Zusammenstellung Schubert's über den Einfluss des Lichtes und die An-

schauungen darüber vom Alterthume an: „Ueber Schulfenster und Vorhänge“, Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 14).

Bei der Auswahl des Ortes ist — dazu die langen Vorbeobachtungen — auf das Wetter Rücksicht zu nehmen. Grösseres Material umfassende systematische Untersuchungen liegen ausser denen Blumenfeld's nicht vor. Dieser fand im Allgemeinen mit Dettweiler, dass der Einfluss des Wetters auf Lungenkranke vielfach überschätzt werde. Für schädlich hält er nur starke, namentlich östliche Winde. Er sagt darüber: „Die Wirkung stärkerer Winde auf den Organismus ist eine doppelte; sie beeinträchtigen rein mechanisch die Athmung und verhindern tiefere Respirationen, ein Umstand, der den Lufthunger des Lungenkranken bedenklich zu steigern im Stande ist. Noch bedeutungsvoller vielleicht ist die Wirkung auf die äussere Haut. Des Mantels von erwärmter Luft, womit der Organismus sich umgiebt, wird er durch heftigere Winde rasch beraubt, so dass an die Wärmeproduction des Körpers erhöhte Ansprüche gestellt werden und Gelegenheit zur Erkältung gegeben wird. Brehmer sagt treffend: ‚Gegen ruhige Kälte kann man sich schützen, gegen den Wind nicht'“. Ohne über genaue Notizen zu verfügen, gewann ich den Eindruck vom Nachtheile der Ostwinde auch in St. Andreasberg, wo sie häufig sind. Es ist jedenfalls erfreulich, dass seit Magelsen's Anregung die Zahl der Aerzte zunimmt, welche Wetterbeobachtungen mit Rücksicht auf die Krankheiten anstellen, um Versäumtes nachzuholen und eine wissenschaftlich begründete hygienische Meteorologie zu schaffen (vergl. Berger, die Bedeutung des Wetters für die ansteckenden Krankheiten. Therapeutische Monatshefte 1898. No. 3. Mit reicher Litteratur).

Weitemeyer (Ueber Schwindsuchtssterblichkeit der Stadt München. Münchener med. Wochenschrift 1892. No. 27) will beobachtet haben, dass die Schwindsuchtssterblichkeit eines jeden Monats sich umgekehrt proportional zur Temperatur des ein viertel Jahr zurückliegenden Monats verhält.

Dass Kälte dem Lungenkranken nicht schade, ja im Gegentheil erheblich nützlicher sei, als Wärme, bedarf als unwidersprochene Ansicht keiner Erörterung. Den Regen ferner sieht man allgemein als Luftreiniger an (Gaston, Tissondier, Assmann — nach Blumenfeld: Jacubasch). Höchstens könnte er infolge Durchnässung von Kleidung und Schuhwerk unangenehm werden.

Auch die Einwirkung des Nebels hielt man früher für bedeutungslos, doch scheint sich die Stimmung zu ändern. Wolff sagt, dass er dann unschädlich sei, wenn die Luftreinheit dafür bürge, dass er keine Staubtheile enthalte. Nun hat aber John Aitken bewiesen: ohne Staub keine Wolken (Nebel = Wolken), keine Niederschläge (R. Emmerich, Ueber Staub- und Stadtnebel nach den Untersuchungen von Professor John Aitken. Bayrisches Industrie- und Gewerbeblatt 1898. No. 43 bis 44). Jeder Nebel enthält also Staub, enthält nach Welz's Untersuchungen (Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskrankheiten XI. 1. 1891)

wenigstens im Sommer immer Mikroorganismen. Wenn Blumenfeld räth, man solle nur durch die Nase athmen, dann werden diese abfiltrirt, so brauchte man doch überhaupt nicht auf staubfreie Luft zu sehen, die ja auch in der Nase gereinigt wird. „Aber man begnüge sich nicht mit Oertlichkeiten, die zur Noth noch als brauchbar gelten können, sondern wähle solche, bei denen die besten Vorbedingungen für die grössten Erfolge vorhanden sind". (Gebhard.) Volland und neuerdings Blumenfeld selbst fanden, dass der Nebel Hustenreiz verursacht; Volland und wenigstens für manche Kranke Wolff beobachteten Beklemmung und Druck auf der Brust. Es ist gar keine Frage, dass die Stimmung an Nebeltagen ungemein leidet, wenn man an jedem neuen Morgen versucht, das Fenster rein zu putzen und immer wieder die dicke Wand draussen findet. Dann werden die Kranken melancholisch und das Heimweh fasst sie bis zu der unter Thränen abgegebenen unumstösslichen Erklärung: ich reise ab! Da der Nebel auch die Besonnung abschliesst, und in Thälern als Ausdruck geringer Ventilation gilt, so ist es nach alle dem Gesagten berechtigt, den Ort für die Heilstätte möglichst nebelfrei zu verlangen, was Turban in seinen Normalien thut. Basel baute deshalb nicht in den nahen Jura, sondern nach Davos.

Vielmehr wird von vielen gerade die Trockenheit der Luft als heilsam angesehen. Berger (a. a. o.) fand bei Ziegelarbeitern, die meist in trockener Luft arbeiten, wenig Tuberculose, Hartmann ebenso bei Cellulosearbeitern (worauf er seine Lignosulfitinhalationen aufbaute), Seiffert bei Zinkhüttenarbeitern aus gleichem Grunde, während andere in feuchter Luft viel Tuberculose beobachteten.

### 8. Höhenklima.

Eine der meist umstrittenen Fragen ist die der Klimawahl. Das Seeklima wurde namentlich von Loomis und Beneke, Rode, Hiller, Lalesque empfohlen, ohne dass man bisher sich zu Versuchen, dort Heilstätten zu errichten, entschliessen konnte. Blumenfeld empfiehlt diesen Versuch als nicht aussichtslos.

Die Frage lautet daher jetzt zumeist: muss man diese Anstalten in einer gewissen Höhe bauen und wie hoch, oder kann man auch in der Ebene Erfolge erzielen. Brehmer nahm bekanntlich in einer gewissen Höhe Immunität an.

Das war indessen bald zu widerlegen. Andere (Kunze, Volland u. v. a.) sehen den geringeren Luftdruck, andere mit Galen die Trockenheit der Luft (s. oben) als günstig an. Dann sollte die Kohlensäureanhäufung (Kolbe), der Ozonreichthum (Spormann), die Sauerstoffverminderung günstig sein, letztere durch Anregung zu tiefer Athmung. Lange glaubte das Unhaltbare dieser Meinung schon 1874 durch exacte Versuche bewiesen zu haben. Die vermehrte Insolation, welche den Aufenthalt im Freien noch bei tiefster Temperatur gestattet, ziehen Volland, Assmann u. a. an, ersterer vertheidigte in der jüngste Press-

fehde gegen Hohenhonnef seine Ansicht, dass das Fieber im Gebirge eher schwinde, als im Tieflande. Wolff stellt in seinem jüngst erschienen Jahresbericht der Heilanstalt Reiboldsgrün (1897) folgende Tabelle zusammen:

| | | |
|---|---|---|
| Hohenhonnef (Schröder) . | 37,2 pCt. | Entfieberungen, |
| Reiboldsgrün 1897 . . . | 47,5 pCt. | „ |
| „ 1896 . . . | 55,5 pCt. | „ |
| Davos (Volland) . . . | 62,2 pCt. | „ |

ohne indessen diese Zahlen, die ihm allerdings kaum als Zufall erscheinen, schon zu wissenschaftlichen Schlüssen zu verwerthen.

Es wird noch manche Stunde fleissigen Arbeitens bedürfen, ehe diese, noch auf schwankendem Boden stehenden Theorien geklärt sein werden.

Mehr leuchteten die Argumente derer ein, welche von der auch dem Laien bekannten Anregung des Appetits im Gebirge Vortheil erwarten, sowie die Berufung auf den im Gebirge im Vergleiche zum Tieflande wunderschönen, sonnigen, hellen Winter, wie ihn Driver beschreibt, oder wie Sonderegger in seinen „Vorposten der Gesundheitspflege“ sagt: „Die Pracht und Wärme eines Wintertages im Hochgebirge überrascht jeden, der sie zum ersten Male erlebt, im höchsten Grade und zwingt das Gefühl auf, diese mächtige Lichtwirkung müsse wohlthätige Einflüsse üben“. Dass Blutungen im Gebirge keinesfalls mehr, als unten vorkommen, im Gegentheil eher weniger, ist durch ältere und neuere Forscher als erwiesen zu betrachten.

In ein neues Stadium schien die Gebirgsfrage zu treten, als man fand, dass in der Höhe sich die Zahl der rothen Blutkörperchen bedeutend vermehrt und zwar bei Tuberculösen noch mehr, als bei Gesunden. Ueber diese, von den verschiedensten Seiten bestätigte Beobachtung hat sich schon eine reiche Literatur angesammelt (s. d. Verzeichniss), die mannigfachsten Erklärungen sind aufgestellt worden, Neubildung von Blutscheiben, Eindickung des Blutes u. s. w. Wolff war der erste, welcher auf diese Befunde eine eigene Theorie von der specifischen Heilwirkung des Gebirgsklimas aufbaute. Neuerdings hat Gottstein in Berlin aber gefunden, dass bei Veränderungen des Luftdruckes (in den pneumatischen Kammern) das Volumen der Zählkammer sich durch Aus- oder Einbiegen des Deckglases verändert, wodurch sich schliesslich auch die Zahlenschwankungen mit zunehmender Höhe erklären liessen.

Meissen construirte daraufhin eine vom Luftdrucke unabhängige Zählkammer und konnte so die Zunahme der Blutkörperchen im Gebirge als einen Beobachtungsfehler hinstellen. Indessen sind, wie Schröder in seinem, den letzten Stand der Frage zusammenfassenden braunschweiger Vortrage sagt, ein thatsächlich bestehendes Ansteigen der Blutkörperchenzahl beim Beginn des Gebirgsaufenthaltes und noch einige andere Punkte dieser Frage damit noch nicht erklärt, sodass dieselbe zur Zeit noch als eine offene zu betrachten ist. Jedenfalls ist es ver-

früht, Theorien und therapeutische Methoden darauf aufzubauen (Wolff sagt z. B., dass diese vermehrten Blutkörperchen die Infiltrationen lösen).

Andererseits ist gar nicht zu verkennen, dass der Uebergang in ein Hochgebirge aus dem Tieflande irgendwelche Einwirkungen auf den menschlichen Organismus haben kann, Einwirkungen, welche gewiss auch therapeutisch zu wirken im Stande sein könnten. Die Bergkrankheit, bestehend aus Frequenz der Athmung und des Pulses, Oppressionsgefühl, Kopfweh, psychischer Depression, bis zu Ohnmachten scheint auf so etwas hinzuweisen. Sie tritt ja auch nicht immer nur in bedeutenden Höhen auf, sondern stösst geeigneten Naturen in den deutschen Mittelgebirgen ebenfalls zu, wie ich selbst beobachtete. Allerdings spielt meist eine gewisse Anstrengung dabei mit. Dass sie durch Einathmung von comprimirtem Sauerstoff geheilt und verhütet werden kann, ist ebenfalls eine interessante Thatsache. Die Natur passt sich dem umgebenden Klima jederzeit an. Bei Verbringung von Thieren in kalte oder heisse Gegenden ändert sich der Pelz ganz unabhängig von der Jahreszeit (Rubner, Münchener med. Wochenschr. 1896. No. 26), und Buchner sagte in seinem bekannten Vortrage „Biologie und Gesundheitslehre“ (Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 39): „Die Fähigkeit regulatorischer Anpassung an Aussenbedingungen zeigt sich in hohem Maasse bereits im Pflanzenreiche.“ Der Vortragende erwähnt hier der Studien von Gaston, Bonnier, welche in Bestätigung früherer Forschung ergaben, dass mit der künstlichen Versetzung von Ebnenpflanzen auf höher gelegene Standorte unter dem Einfluss des Alpenklimas eine Reihe von charakteristischen Veränderungen sich ausbilden. Freilich werden diese Anpassungen wieder rückgängig, sobald wir die Pflanze, auch nach jahrelangem Verweilen im Höhenklima in die Ebene zurückversetzen. Allein dies ist durchaus begreiflich, sofern die Pflanze durch den Aufenthalt im Höhenklima ihre ursprüngliche Reactionsfähigkeit für äussere Einflüsse nicht völlig verloren hat. Nothwendig müssen deshalb unter den früheren Bedingungen die früheren Eigenschaften wieder zurückkehren.

„Unsere Einsicht in das Schaffen der Natur, in diesen auch praktisch wichtigsten Richtungen ist noch gering, unsere Augen sind noch wenig geschärft, die Erfahrungen sind zerstreut und noch wenig gesichtet. Wir müssen weit mehr experimentiren, um die Natur zu bestimmten Antworten auf die gestellten Fragen zu veranlassen“.

Die Hauptforderung für Heilstätten, reine „aseptische“ Luft, wird im Gebirge immer eher erfüllt, als in der Ebene, und die Bodengestaltung bietet dem erstarkenden Kranken die in der Ebene fehlende Gelegenheit, sich und sein Herz durch Steigen zu kräftigen. Hoffmann sagt in seinen Vorlesungen über allgemeine Therapie: „Das Leben in einer mässigen Höhe über dem Meeresspiegel bietet für die lange in der Tiefebene Wohnenden eine Vereinigung von Momenten der Uebung und Schonung, und die Erfahrung treibt uns dazu, bei der Lunge, selbst wo

es sich um schwere und vorgeschrittene Zerstörungen handelt, mit Vertrauen zu einer Behandlung zu greifen, bei welcher das Princip der Uebung immer noch eine bedeutende Rolle spielt. Es ist bei Lungenkranken doch zunächst nicht an ein milderes, schonendes Klima zu denken, ja es kann solchen Patienten geradezu nützlich sein, ihnen ein rauheres zuzumuthen. Hierin liegt also die Berechtigung der Höhencurorte!"

Der Ansicht derer, welche das Höhenklima verlangen, steht entgegen die Meinung derjenigen, welche die Tuberculose überall für heilbar halten. Von Niemeyer und Rhoden an lehrten dies Rochard, Fossagrives, Ribes, Hermann Weber, Kretschmer, Dujardin-Beaumetz, Cantani, neuerdings namentlich v. Leyden, Gerhardt, v. Ziemssen und Dettweiler, nach dessen Ausspruch die Phthise in jedem von Extremen freien Klima geheilt werden kann, überall dort, wo für reine Luft, passende Nahrung und mässig graduirte Bewegung gesorgt werden kann. „Die Tuberculose, sagt Meissen, ist keine klimatische Krankheit. Nirgends sehen wir einen unzweideutigen Einfluss klimatischer Verhältnisse allein auf ihre Häufigkeit." Rosenblatt fand in der Schweiz, dass von 100000 Lebenden im Jahre starben

235 in einer Höhe von 200— 700 m,
227 „ „ „ „ 700—1200 „
241 „ „ „ „ 1200—1503 „

und de Renzi führt zum Beweise dafür, dass das Höhenklima allein nicht zur Verhütung der Phthise genügt, an, dass auf dem St. Bernhard viele Mönche an Tuberculose sterben. Die Sterblichkeit der Uhrmacher in Chaux de Fonds ist ja bekannt. Der Grundsatz dieser Schule lautet: „Nicht der Ort, wo der Lungenkranke lebt, sondern die Art des Falles und die Art der Behandlung, d. h. wie Arzt und Patient ihre Aufgabe lösen, entscheiden in erster Linie über Besserung und Heilung". (Meissen.) „Jeder Lungenschwindsüchtige kann in seinem Vaterlande geheilt werden". (Dettweiler.) Jedenfalls ist die Furcht vor dem deutschen Winter eine unbegründete, die man nur haben kann, „wenn man ihn nur vom Zimmer und hinter dem Ofen her ansieht". Besser als in den südlichen Curorten, wo man bei Kälte und Schnee rathlos dasteht, weil kein ordentlicher Ofen im Zimmer ist, sind unsere Kranken in deutschen Heilstätten aufgehoben. Dazu kommt, dass hier eine Cur mitten im Winter abgebrochen werden kann, während man vom Süden her allerlei Uebergangsstationen durchmachen möchte. Das ist natürlich für Volksheilstätten äusserst wichtig. Denn wenn man einen Kranken dort nur „im Gröbsten" heilen kann und im übrigen nur so erziehen will, dass er seine „Cur" gleichsam zu Hause fortsetzt, so ergiebt sich der Vortheil einer im heimischen Klima gelegenen Heilstätte von selbst. Bleibt man aber in unseren Breiten, so darf man nicht, um dem Hochgebirge möglichst gleich zu kommen, recht hoch hinauf gehen. Man erreicht die Vortheile und Annehmlichkeiten des Hochgebirges nicht und tauscht dafür kurze kühle Sommer, harte Winter und viel Schnee ein. (Be-

stätigt in der Klimatologie von Assmann.) Blumenfeld räth daher, in Norddeutschland nicht über 4—500 m hoch zu bauen. In Davos waren z. B. im Winter 1877—78 unter 181 Tagen 76 schön klar, man konnte stundenlang im Freien sitzen, 52 mittelgut, 53 schlecht, während z. B. im Winter 1896—97 in St. Andreasberg von einer „vom blauen Himmel strahlenden und intensiv wärmenden Sonne“ recht wenig zu sehen war; viel Wind, sehr viel Nebel, die Strassen verschneit, die Verkehrsverhältnisse äusserst mangelhaft.

Ob Heilstätten unterhalb der genannten Grenze den gewünschten Erfolg auf die Dauer haben werden, muss die Erfahrung lehren, Schultzen sieht bereits jetzt den Versuch als gelungen an. Für Volksheilstätten liegt nach den bisherigen Erfahrungen jedenfalls kein Grund vor, nach Davos zu bauen.

Zur Klarstellung dieses ganzen Punktes fordert Wolff nicht die bisherige Fragestellung: „Können wir auch in Heilstätten der Ebenen Lungenkranke heilen oder ist dazu das Höhenklima nöthig?“, sondern: „Wie weit wird die Anstaltsbehandlung durch das Höhenklima unterstützt, ist nicht eine grössere Anzahl Erkrankter mit dieser Hilfe gesund zu machen, als es ohne dasselbe möglich ist, erfolgt die Heilung nicht rascher und sicherer?“ (Bericht.)

## 9. Der Bauplatz.

An den Platz, auf welchen, sei es in der Höhe, sei es tiefer gelegen, die Heilstätte gebaut werden soll, ist vor allem die Forderung zu stellen, dass er trocken sei. Feuchter Untergrund scheint nach mehreren Forschern (namentlich Bowditch, Buchanan, Finkelnburg, Hermann Weber) nicht ohne Einfluss auf Entstehung und Verlauf der Tuberculose zu sein. Kiesboden ist der beste, anderen kann man durch gute Drainage trocken legen. Deshalb soll die Anstalt auch fern von Sümpfen und Teichen, auch nicht auf der Thalsohle liegen. Baut man sie auf abfallendes Gelände, so darf dieses nicht zu steil sein (schon um die nöthige Baufläche zu gewinnen. In Sülzhayn waren kostspielige Pfeilerunterbauten erforderlich), und dann muss gegen herabstürzendes Regen- und Schneethau-Wasser durch gute Schutzcanäle gesorgt sein. Sodann muss man sich vor Beginn des Baues nach reichlichem Trink- und Brauchwasser umsehen, dessen Beschaffung „mit von entscheidender Wichtigkeit bei der Wahl des Bauplatzes sein muss“ (Schumburg). Man wird hierzu durch einen sachverständigen Ingenieur an der Hand des Kartenmaterials die geologische Beschaffenheit des Ortes prüfen lassen und betreffs der dauernden Wasserlieferung etwa vorhandener Quellen das Urtheil erfahrener und zuverlässiger Ortseinwohner, Forst-, Bergbeamten und dergl. hören. Eine Quelle, die im Frühjahr strömt, kann infolge örtlicher Verhältnisse im Winter abfrieren, im Sommer versiegen. Als Höchstmenge kann man für den Kopf und Tag ½ cbm Wasser rechnen, welches am besten mit natürlichem Druck in die Anstalt strömt.

Andernfalls muss man es durch Motore in Bassins heben, die im Dachstuhl angebracht sind.

Der Platz ist weiterhin gross genug zu nehmen, um genügend Raum zum Bauen, für Hof und Spielplatz, zu einem Garten oder Parke, für etwaige Wirthschaftsräume und für Erweiterungen zu haben. Von den umliegenden Grundstücken lässt sich in vielen Fällen das Vorkaufsrecht sichern.

### 10. Die Gefahr für die Umgebung.

Ein Factor, mit dem fast jeder rechnen muss, der eine Heilstätte bauen will, ist der Widerspruch der Umwohner. Mit Recht wird von verständigen Aerzten der Widerspruch gegeisselt, welcher darin liegt, dass niemand sich im Treiben des Alltagslebens vor seinem tuberculösen Nachbar, Geschäftsfreund, Kunden fürchtet, dass der Bauer den gut zahlenden, wenn auch hochgradig schwindsüchtigen „Sommerfrischler" mit offenen Armen aufnimmt, dass man sich Vorsichtsmassregeln, wie Spuckverboten, widersetzt, dass niemand die alltäglich ertheilten Rathschläge der Aerzte für hygienische Lebensweise befolgt, dass aber auf der andern Seite, wenn eine Heilstätte gegründet werden soll, dieses ganze Publikum ein Geschrei erhebt, als ginge es ihm an den Kragen. Die scandalösen Vorgänge in und betreffs Hohegeiss im Harz habe ich in der Hygienischen Rundschau 1896. No. 14 „festgenagelt". In St. Andreasberg betheiligten sich an der Opposition gegen die jetzige Heilstätte Oderberg von 800 Haushaltungsvorständen 700 und wollten „bis an höchste Stelle" gehen. In Braunlage im Harz erzeugte der Plan, die jetzige Heilanstalt Sülzhayn dort zu errichten, einen wahren Petitionssturm. In Alland bei Wien hat dieselbe Gesinnung die Eröffnung monatelang aufgehalten. Dabei ist das Lächerliche, dass man in Hohegeiss gern ein „anderes Sanatorium" haben möchte, — und es ist Kundigen nichts neues, wenn man behauptet, dass diese „Bloss-Sanatorien" oder die „Wasserheilanstalten" reichlich tuberculöse Curgäste beherbergen —, dass man in St. Andreasberg dieselben Tuberculösen in Stadtquartieren mit Vorliebe aufnahm, dass Braunlage, wie ich selbst sah und wie sich jeder Arzt durch den Augenschein überzeugen kann, unter seinen „Sommerfrischlern" eine ganze grosse Anzahl sicher tuberculöser Individuen birgt. Scharf, aber wahr sagt Gebhard: „Verwundern wird man sich nicht, bei einem Werke, das dem Gemeinwohle dienen soll, auf den Widerstand der Selbstsucht und der Unkenntniss zu stossen. Darüber aber wird man sich verwundern, wenn Bethätigung solcher Eigenschaften auch oft genug die Billigung und Unterstützung oder wenigstens die wohlwollende Duldung staatlicher Behörden finden". Und weiter stellt er es geradezu als die Pflicht der hohen und unteren Behörden hin, solche Unternehmungen zu fördern. „Von grosser Bedeutung dafür ist es, dass auch die Centralbehörden der Staaten diese Stellungnahme in geeigneter Weise zum Ausdruck bringen, um den ihnen unterstellten

Organen, soweit es erforderlich sein sollte, den Glauben zu nehmen, als entspräche die Bereitung von Hemmnissen den Anschauungen der maassgebenden Stellen". Wie wohlthuend und modern muthet es dagegen an, wenn ein Landrath erklärt, bei einer Heilstätte für Lungenkranke kämen die für „ansteckende" Krankheiten geforderten strengen Maassregeln gar nicht in Betracht.

Es ist eine oft erhobene Forderung, dass diese am falschen Flecke vorhandene unselige Ansteckungsfurcht bekämpft werden müsse. Wir wissen, wo wir den Pilz zu fürchten haben; fassen wir ihn dort. Da aber, wo wir ihn nicht zu suchen brauchen, wollen wir uns zu freierer Anschauung erheben und uns in solche „Disposition" zu setzen bemühen, dass er, eingedrungen, im Kampfe mit den Körperzellen den Kürzeren zieht.

Für Volksheilstätten ist ferner wohl zu bedenken, dass die Insassen als Anfangsfälle zum grossen Theil gar keine Bacillen ausspucken (s. ob.), und dass sie gut disciplinirt, zumeist ihre Spucknäpfe, Flaschen u. s. w. benutzen. Spuckt einer doch mal, so ist das Ausnahme, was bei „Sommerfrischlern" Regel ist.

Dass aber die „Abwässer" der Heilstätten Schaden bringen könnten, wie der berühmte Wolfbachsmüller bei Hohegeiss für seine Mühle (Schädigung des Mühlrades?) fürchtete, davon ist ganz abzusehen. Tuberkelbacillen in den Faeces erliegen sehr bald der Fäulniss. Wenn man die Sputa in die Abortmassen schüttet, so werden diese entweder in Tonnen abgefahren oder verrieselt, hierbei aber werden die Bacillen, wenn sie wirklich noch leben sollten, abfiltrirt und gehen im Erdboden elendiglich unter. Verbrennt man aber das Sputum, so sind sie erst recht vernichtet. Wäsche wird wie in jedem Hause gekocht, also sterilisirt, und dass aus Küche, Bädern und Dachrinnen Bacillen mit fortgehen, wird wohl nie einer beweisen können.

Die Erfahrung hat denn auch bewiesen, dass Heilanstalten für Lungenkranke keinesfalls die Orte verseuchten. In Goerbersdorf starben nach Brehmer's Angaben vor Gründung der Anstalt pro Jahr 0,41 Personen an Tuberculose, nachher 0,18; 1790—99 14 Personen, 1810 bis 19 noch 9, 1860—69 4, 1870—79 5, 1880—89 5. In Falkenstein starben nach Nahm vor Gründung der Anstalt 1856—76 von tausend Lebenden im jährlichen Durchschnitt 4,1, nachher, 1877—94 2,4. Aebi bewies dasselbe für Davos (Werner Aebi, Liegt für die umwohnende Bevölkerung von Lungencurorten eine vergrösserte Ansteckungsgefahr für Tuberculose vor? Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1898. No. 2. Mit graphischen Darstellungen der Davoser Verhältnisse). Und Pfeiffer sagt von Berka, dem Meran Thüringens, dass dort trotz alljährlichem Aufenthalte vieler Lungenkranker ohne Anstalt (!) die Mortalität nicht zugenommen habe. Am ersten müsste sich doch diese Ansteckungsgefahr in den Krankenhäusern selbst zeigen. Im Bromptonhospital für Brustkranke in London ist unter den Aerzten und Wärtern die Sterblichkeit nicht grösser, als sonst. Im Krankenhause im Friedrichshain in Berlin starben von 989 des genannten Personals 1 pCt.

an Tuberculose. Wenn von einigen angeführt wird, dass Krankenpflegerorden geradezu von Tuberculose decimirt werden, so ist dagegen festgestellt und von v. Ziemssen betont worden, dass dies sich nur auf die ausser durch Nachtwachen etc. noch durch Fasten und kirchliche Pflichten überanstrengten katholischen Orden bezieht, während evangelische oder weltliche Schwestern bessere Verhältnisse zeigen; und die eine häufige Ansteckung sicher beweisen sollende Gefängnisstuberculose verminderte sich, als man die Insassen mehr an die Luft liess und besser nährte.

Also können sich alle Fürchtlinge nach Hohegeisser Muster beruhigen. Es ist im Gegentheil eine Abnahme der Tuberculose in Orten festgestellt worden, an denen Heilstätten erbaut wurden, was nicht verwundern darf, denn erstens bringt solche grosse Anstalt Arbeit und Verdienst unter die Leute, so dass sie besser leben, und zweitens verbreiten sich die in der Anstalt gepredigten Lehren, verbreitet sich namentlich die dort geübte Sauberkeit auch in das profanum vulgus zu seinem Vortheile.

## III. Bau- und innere Einrichtung.

### 11. Gesammtanlage und Krankenhaus.

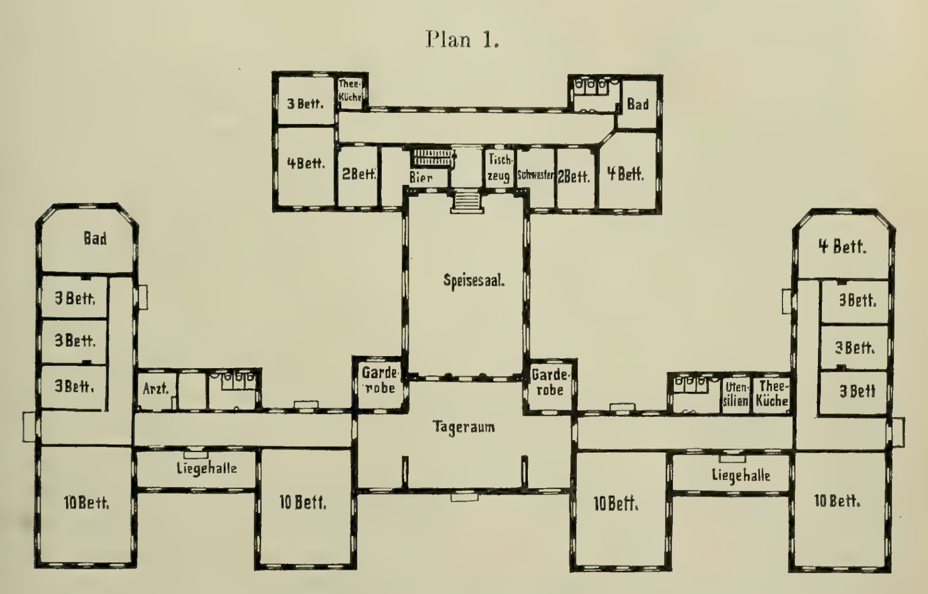
Wenn es nun ans Bauen selbst geht, so soll man sich vorher klar machen, was man schaffen will und welche Kosten man aufwenden kann und will. Nichts ist schlechter, als mitten im Bau oder gegen Ende ein Sparsystem anzufangen. „Die Einrichtung der Anstalt macht die Anstalt aus“, sagt Brehmer. Man bringe nicht immer wieder die alte Rede: es sind ja nur Leichtkranke, für die wir bauen. „Es giebt keine Grundsätze für eine ungleiche Behandlungsweise der Kranken und hinsichtlich der sanitären Mindestforderungen, welche sich aus ihrer bürgerlichen Stellung oder aus den moralischen Qualitäten der Kranken oder aus der Art der Krankheit begründen lassen“, sagt Rubner. Es werden so oft die gemachten Baufehler vom Architecten auf die knausernden Erbauer abgewälzt; möchte jeder von ihnen das noble Wort Kuhn's bedenken: „Der Architect bleibt für eine geringwerthige Ausführung, auch wenn sie des niedrigen Preises wegen gefordert war, verantwortlich; denn er errichtete dauernde Bauten nicht für die augenblickliche Leitung oder Verwaltung einer Anstalt, sondern auch für kommende Generationen und Verwaltungen.“

Die Frage, ob man überhaupt neu bauen oder alte Güter u. dergl. umbauen soll, ist zu Gunsten ersterer Weise entschieden, denn umgebaute Heilstätten sind immer minderwerthig (Malchow, Königsberg — trotzdem baut die Inv.-Vers.-Anstalt Hannover wieder die Brauerei Erbprinzentanne bei Zellerfeld um) und verhältnissmässig theuerer als Neubauten.

Die weitere Frage, ob ein grosses Haus, ob Pavillons oder Baracken die richtige Heilstätte darstellen, ist augenblicklich eine mehr akade-

mische. Ich meine, man hat jetzt Gelegenheit, praktische Erfahrungen zu sammeln, die mehr werth sind, als die aus den verschiedenen Handbüchern zusammengetragenen Theorien. Je luftiger, desto besser — bei voller Wahrung guter Heizbarkeit! Das Schema wird auch hierbei keine Triumphe feiern, denn überall kommt eine Summe von localen Eigenthümlichkeiten in Frage. Abgesehen von einigen kleineren Heilstätten sind, — wenn wir hierbei die Privatanstalten zumeist ausser Acht lassen, da bei diesen der Geschmack des Erbauers, der Kunstsinn des Architecten und manches andere mehr walten kann, als bei den nur nach hygienischen Grundsätzen zu errichtenden Volksheilstätten, — fünf grosse einheitliche Bauten im Betriebe: Ruppertshain, Oderberg, Davos-Basel, Loslau und Alland, während Hellersen-Altena, Planegg-München, Marzell-Baden, Sülzhayn ebenso gebaut werden. Eine Pavillongruppe, verbunden durch Corridore stellt die Sächsische Heilstätte Albertsberg dar, und man wird abwarten müssen, wie weit sich diese Anlage auch in strengem Winter bewährt.

Plan 1.

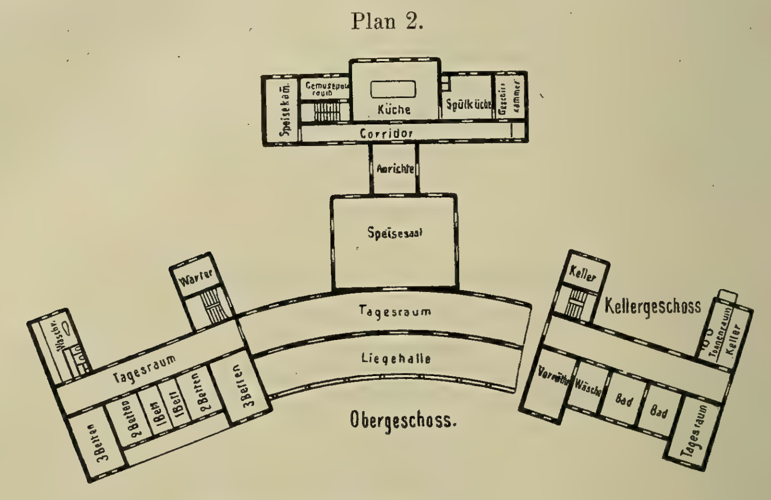



Grundriss der Volksheilstätte Albertsberg.

Der am Grabowsee mit wirklichen (Döcker'schen) Baracken gemachte Versuch hat sich für den Sommer sehr gut bewährt, für den Winter hat man auch dort ein festes Haus gebaut. Die eigenartige Volksheilstätte Weicker's in Goerbersdorf bildet eine Villencolonie, welche ja dort den ganz bedeutenden Nachtheil hat, dass sie im Orte zerstreut liegt. Sonst hat eine solche Anlage, die natürlich die Disciplin und Aufsicht erschwert, was sie mit dem Barackenlager gemeinsam hat, manche Annehmlichkeit, namentlich kann man, wie Weicker betont, die Insassen nach Stand und Bildungsgrad, nach Nationen und

nach dem Grade der Krankheit trennen. Ja, es möchte eine solche Colonie, wenn sie vollkommen isolirt liegt, mit ihren Nebengebäuden und ihrem umzäunten Areal einen eigenen, weltfernen Complex bildet, wie die Anstalten von Reiboldsgrün, Halila und — ein Muster dieses Vorschlags—Ventnor, bei genügendem ärztlichen Personal das Ideal einer Heilstätte sein. Daran, „in verschiedenen Höhen, im Walde und in der Ebene“ kleine Häuser zu bauen, was Thomas vorschlägt, ist natürlich nicht zu denken. „The best plan of construction for such sanitaria is the cottage plan, or some for its modifications“ schreibt Trudeau.

Plan 2.




Grundriss der Volksheilstätte Sülzhayn.

Die meisten Bauten und Baupläne weisen ein, namentlich die Krankenräume enthaltendes Hauptgebäude auf. Diese sind mit Ausnahme von Oderberg (Fachwerkbau) und Halila (Holz) massiv ausgeführt oder gedacht. Der Fachwerkbau hat, wie wir noch sehen werden, manche Nachtheile. Die Gesammtanlage der ersten eröffneten Anstalt in Ruppertshain weist zwei Flügel auf, einen für männliche, einen für weibliche Kranke, in beiden Obergeschossen durch die Speisesäle getrennt. Dieser schliesst sich z. B. die Anlage in Loslau an, wo die Mitte im Erdgeschoss durch den Speisesaal, im Obergeschoss durch den Gesellschaftssaal eingenommen wird. Anders in Oderberg. Daselbst sind beide Flügel im Obergeschosse durch die Wohnung des Inspectors, Gastzimmer für den Director und Wäschemagazine getrennt, im (benutzten) Dachgeschosse durch ebenfalls natürlich hermetisch abgeschlossene Schlafräume für weibliches Personal. Der Arzt, welcher aus dem Dachgeschosse des einen in das des anderen Flügels gehen will, hat also 4 Treppen zu steigen! Will man einen derartigen Verwaltungsbau mit dem Krankenhause vereinigen, so muss er am Ende liegen, sodass die Krankenräume eine Einheit bilden. Eigenartig ist die Anstalt in Sülz-

hayn, wo zwei Krankenhäuser durch einen geschlossenen, als Tageraum dienenden 3stöckigen Gang mit davorbefindlicher Liegehalle verbunden werden. Es wird dadurch viel Platz gebraucht.

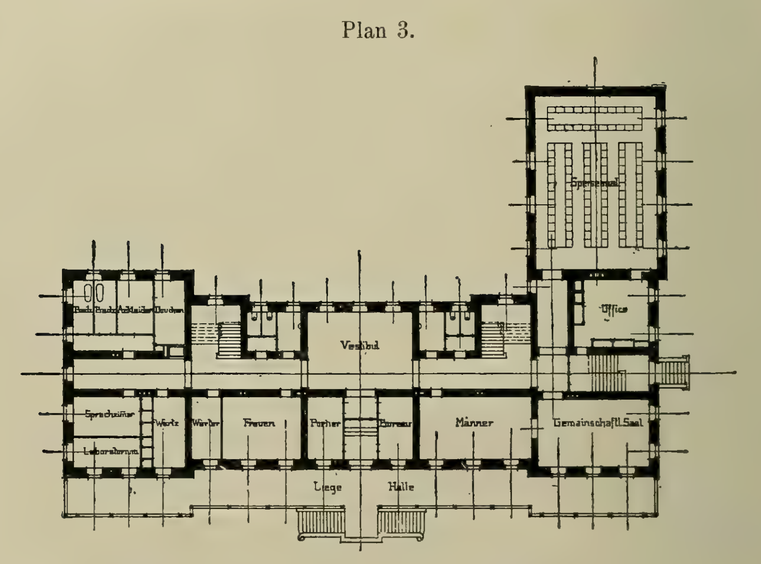
Die Schlafzimmer der Kranken sollen sämmtlich nach Süden liegen, was in Albertsberg nicht durchgeführt ist. Auf die innere Einrichtung wird zurückzukommen sein. Für die Gesellschafts- oder Tageräume ist ebenfalls diese Lage zu verlangen. Die Verlegung auf einen Flügel (Oderberg) ist dann sehr praktisch, wenn sich in der oben geforderten Einheit die Krankenräume anschliessen. Die Erfahrung wird lehren, dass man sie am besten mit der Liegehalle direkt verbindet, es ist daher nicht empfehlenswerth, diesen Raum ins Obergeschoss zu legen. Das gleiche Bestreben führte allerdings in Ruppertshain dazu, zwei kellerartige Zimmer, deren Fussboden nur zum Theil über dem Terrain liegt, zu Tageräumen zu machen. Kann man, wie es in Sülzhayn durchgeführt ist, Tageraum, Speisesaal und Liegehalle zu einer zusammenhängenden Anlage verbinden, so wird das Richtige getroffen sein.

Warum der Speisesaal nach Süden liegen soll, ist nicht ersichtlich. Im Sommer ist beim Essen die Sonne lästig, im Winter wärmt die Heizung. Die Anlagen in Ruppertshain, Oderberg, Loslau vergeuden damit viel Südplatz. Da er mit der Küche in direktem Zusammenhang stehen soll, liegt auch diese dann — im Keller — nach Süden, sodass ihr Duft und Dunst am Hause hoch oder, wie in Oderberg und Loslau, in die Liegehalle zieht, wohin noch die Fenster eine gute Verbindung für liebebedürftige Küchenmädchen bilden, während es grausam ist, im heissen Sommer die Küchenfenster schliessen zu lassen. Wenn man bestimmt: dieser unmittelbar vor der Küche liegende Theil soll nicht benutzt werden, so stelle man nur dazu einen Wachtposten! All dem wird abgeholfen, wenn man an der Nordseite des Hauses, im Erdgeschosse etwa getrennt, oben durch einen Gang verbunden einen eigenen Küchenbau errichtet: unten Küche mit Nebenräumen, Spülküche, Geschirrzimmer, Anrichteräume, Speisezimmer des Personals, daran anschliessend ein, bei der Südlage von den Küchenmädchen im Sommer sehr vermisster kleiner Wirthschaftshof (warum sollen diese unhygienisch alle Arbeiten im geschlossenen Raume ausführen, bis sie — tuberculös werden?), oben der Speisesaal (Hohenhonnef, Sülzhayn, Marzell). Eine besondere Anlage, die bei einem noch eintretenden Umbau der jetzigen Anstalten als wenig Kosten verursachendes Muster dienen kann, hat Davos-Basel. (s. d. Grundriss). Albertsberg hat einen eigenen Küchenbau, sonst gute Anlage. (Im Bromptonhospital liegt die Küche unterm Dache). Den Speisesaal zugleich als Tageraum zu benutzen, kann nur als Nothbehelf für kleine Anstalten bezeichnet werden.

Ebenfalls nach Norden (in Oderberg mit in der Südfront) können die Waschzimmer liegen; man wird in Volksheilstätten, wo die Kranken beim Waschen und bei den Abreibungen nicht eben sparsam mit Wasser umgehen, gern eigene Räume dazu bestimmen (in Albertsberg und Loslau

wäscht sich jeder im Schlafzimmer). Der Fussboden muss aus demselben Grunde undurchlässig, Beton, sein. Wenn man also Fachwerkbau hat, so müsste man an der Nordseite ein Stück Massivbau hochführen, in welchen diese Räume gelegt würden. Passend verbände man damit ein massives Treppenhaus. Kein anderer Fussboden, auch Linoleum nicht, schützt genügend vor Durchnässung des Gebäudes. Weiterhin ist für eine Reihe von Verwaltungsräumen im weitesten Sinne zu sorgen. Dem Verwaltungspersonale — Schwestern oder Verwalter — ist eine gute, helle, sonnige Wohnung zu schaffen, ebenso den Wärtern, dem Küchen- und Wirthschaftspersonal. Eine Heilstätte, die doch in jeder Beziehung ein hygienisches Vorbild bilden soll, sollte nicht solche Wohnungen gänzlich nach Norden legen, auch die doch gewiss der Sonne bedürftigen Schwestern nicht nach Norden quartieren (Planegg s. d. Grundriss); dann lieber mit etwas Mehrkosten einen Mittelbau auf- oder ein eigenes Beamtenhaus daneben setzen (Albertsberg).

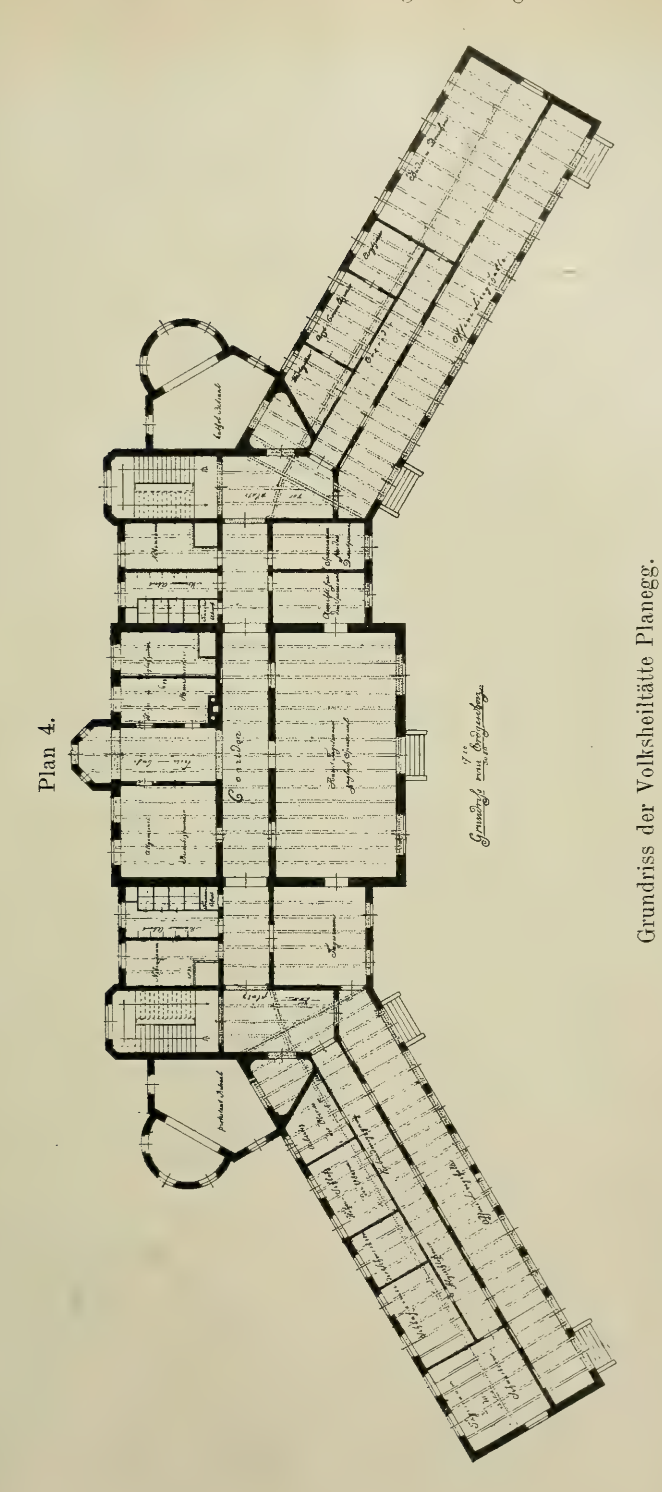
Plan 3.




Grundriss der Volksheilstätte „In der Stille“ zu Davos.

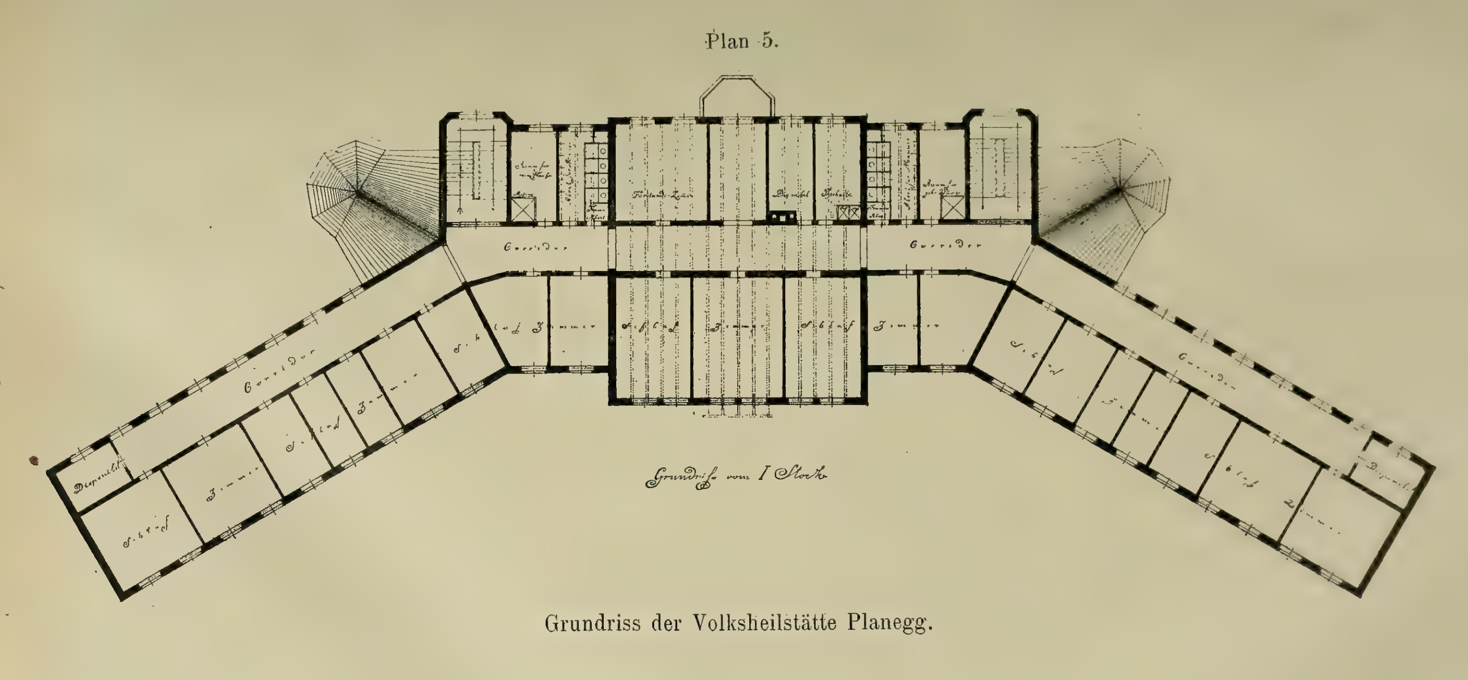
Die Erbauung eigener Unterbeamtenhäuser ist fast bei jedem grösseren Betriebe, der fern von Ortschaften liegt, nöthig. Da ferner eine Anzahl Zimmer für den ärztlichen Dienst nöthig sind, Sprechzimmer, mehrere Räume für Laboratorien, Kehlkopfspiegelung, Photographie- und Röntgenapparat, dazu Besuchszimmer für Beamte des betreffenden Vorstandes, endlich für Wäsche- und andere Niederlagen, so ist eine Anlage, wie diejenige von Marzell, welche alle diese Räume auf den genannten Küchenanbau, bez. in ein Verbindungsstück zwischen diesem und dem Hauptbau legt, sehr praktisch zu nennen. Wenn man z. B. in Oderberg alle die Räume, welche keinen Anspruch auf Südsonne

Plan 4.



Grundriss der Volksheilstätte Planegg.

Plan 5.




Grundriss der Volksheilstätte Planegg.

zu machen brauchen — Speisesaal, 6 Waschzimmer, Gastzimmer für den Vorstand — nach Norden baute, wie es zum Theil vom Architekten vorgeschlagen war, gewann man Raum für wenigstens 20 Betten.

Von dem Baumaterial war schon die Rede. Das Dach wird man in Gegenden mit viel Schnee steil nehmen müssen. Um Anhäufungen desselben zu verhindern, führte man in Davos alle Essen zum Firste hinaus und vermied „Schneefänge". Die Gefährdung der Dachrinnen wurde durch Tiefhängen derselben umgangen. In Oderberg kamen Schnee und Schneefänge vereint im ersten Winter herunter. Wo wenig Schnee zu erwarten ist, kann man wohl flache Dächer mit Holzcement anlegen (Loslau). Die Deckung wird zum Theil mit Ziegeln (Ruppertshain: Falzziegel), zum Theil mit Schiefer beliebt; dieser klappert aber bei Sturm recht unangenehm. Das Johns-Hopkins-Hospital legte Schiefer in Asphalt. Dachräume sollen möglichst vermieden, und wenn dies nicht angeht, hell und weit gehalten werden, damit sie nicht Niederlagen für Gerümpel bilden. In Baracken oder eingeschossigen Pavillons lässt man das Dach die Decke bilden und nimmt zu den Spannungsträgern hochkantig gestellte (wenig Platz für Staub!) Eisenbänder (Carolahaus in Dresden). Unterkellerung empfiehlt sich für das ganze Gebäude, auch schon um Vorrathsräume zu schaffen. Diese sollen nach Norden liegen, namentlich wenn die Liegehalle sich vor der Südseite des Kellergeschosses hinzieht. Es collidiren bei der Einmündung der Kellerfenster in dieselbe immer die Interessen der Anstaltskartoffeln mit denen der Kranken. Das führt in der Praxis zu viel Unannehmlichkeiten, haben doch die Kranken in den Liegehallen vor dem Keller- bez. Erdgeschosse nur die Wahl zwischen Küchen-, Keller- oder Bäderdunst. Einen grossen Fortschritt bedeutet die Verlegung des Corridors dieses Stockwerkes nach Süden, wie es in der Heilstätte Planegg geschehen ist (s. d. Grundriss). Nach Norden gelegene Keller sind ja auch besser, als warme südliche.

Für den verheiratheten dirigirenden Arzt soll, wenn nicht ein grosses Beamtenhaus vorhanden ist, ein eigenes Haus gebaut werden, da es nicht empfehlenswerth ist, wenn sich im Heilstättengebäude eine Familienwohnung befindet, und zwar, da er meist fern vom Verkehr wohnend, im Winter oft ganz abgeschnitten, untheilhaftig der Annehmlichkeiten und Genüsse, welche der Arzt sonst sich verschaffen kann, nur mit Kranken verkehren kann, die seiner Bildungsstufe fern stehen, soll dies ein standesgemässes, gemüthliches Heim sein, in dem man um ein oder zwei Zimmer nicht knausern darf. (Sülzhayn, Oderberg, Marzell, Ruppertshain, die geplante in Loslau, während die Arztwohnung in Albertsberg als Miniaturausgabe zu bezeichnen ist.)

Man darf 7 Zimmer nebst Zubehör rechnen — werden es doch auch die Repräsentationsräume der Heilstätte sein —, ferner geeignete Keller- und Vorrathsräume, auf Wunsch wohl etwas Stallung für Kleinund Federvieh, Pferde oder Kühe. Am Hause soll ein umgrenzter Garten sich befinden.

Der Assistenzarzt kann in der Heilstätte wohnen (2 Zimmer).

## 12. Bettenzahl.

Die Bettenzahl nimmt man jetzt meist auf 100—75 an (München-Stadt 300). Diese Zahl, selbst bis 125, lässt sich sowohl von einem dirigirenden Arzte — natürlich mit 1—2 Assistenten — und von einer verwaltenden Person — auch mit nöthiger Hülfe — gut übersehen. Auch über die Vertheilung der Betten in die einzelnen Zimmer bildet sich ein gewisser Typus aus: eine Reihe Einzelzimmer; mehrere zu 2—3 und eine Anzahl zu 4—5 Betten. Diese Zahl nimmt man, etwas willkürlich, mit Nahm, v. Leyden, Hägler u. a. als Höchstzahl an. Warum man nicht mehr zusammenlegen soll (Alland Säle zu 8, Albertsberg zu 10 Betten), ist nicht abzusehen. Wenn Nahm dagegen anführt: „Ich halte es für durchaus verfehlt, Phthisiker zu 12—14 in einen Saal zu legen, weil dadurch gar so viele in ihrer Nachtruhe gestört werden", nämlich durch Husten, Stöhnen, Schnarchen, üblen Geruch, so entgegnete ich schon früher: „Indessen ist es dann schwer, eine Grenze zu ziehen, unter 5 oder 3 kann ebenfalls solch' ein Störenfried sein, wie unter 10 oder 12, man muss eben diese in Einzelzimmer bringen". Denn eine Anzahl Einzelzimmer halte auch ich für dringend nöthig, nicht nur, um gelegentlich Zahlende aufnehmen zu können, sondern namentlich zur Isolirung von den oben genannten Störenden, aber auch von solchen, welche vom Zusammenschlafen mit den andern unangenehm berührt sind (Handlungsgehülfen mit Strassenarbeitern u. s. w.), als auch für Leute, welche etwas Komisches an sich haben, leicht reizbar sind und daher von den andern gern geneckt werden. Ich habe wirklichen Currückschritt und den Wunsch nach Entlassung von solchen mit Verlegung in ein Einzelzimmer curirt. Endlich schlafen auch gern Gebrechliche allein, Skoliotische, Leute mit Hernien, mit allabendliche Waschungen erfordernden Affectionen am After (heilende Periproctitis) und dergl. Auch für accidentelle Krankheiten, Diphtherie, Typhus u. a. müssen Isolirzimmer vorhanden sein. In Ruppertshain musste man sogar eine Irrenzelle einrichten, welche nunmehr, da die Leute dort alle leidlich vernünftig sind, fremden Volontärärzten als Schlafgemach dient. Nur Einzelzimmer zu bauen, empfiehlt sich für Volksheilstätten nicht; viele fühlen sich da einsam und nicht wohl, das mag in England (Ventnor) und Amerika (Adirondack) anders sein. Die Zimmereintheilung ist folgende:

| | Zimmer mit 1 Bett | mit 2 | mit 3 oder 3—4 | mit 4 | mit mehr |
|---|---|---|---|---|---|
| in Ruppertshain . . . | 12 | — | 11 | — | 6 |
| „ Oderberg . . . . | 7 | 14 | 6 | 14 | — |
| „ Albertsberg . . . | 4 | 7 | 7 | 3 | 5 |
| „ Loslau . . . . . | 11 | 7 | 15 | 5 | — |
| „ Marzell . . . . . | 4 | 16 | — | 18 | — |
| „ Davos-Basel . . . | 22 | 10 | — | 7 | — |

Als Quadratraum für ein Bett wird die Forderung von etwa 10 qm meist annähernd eingehalten, der Cubikraum schwankt beträchtlich. Degen verlangt 120 cbm mit dreimaligem Luftwechsel, also 40 cbm

für das Bett. Die eingehaltenen Werthe sind z. B. Oderberg 37 cbm, Brompton, Stiege 38, Loslau und Arlen 48, Marzell 27,60, 28,00 und 56,00 (Einzelzimmer), Basel-Davos 28—40, Dannenfels 32—75. Kuhn verlangt, dass die oberen Zimmer nicht, wie in Deutschland und Frankreich üblich, niedriger gehalten werden, als untere, sondern eher höher, wie im Krankenhause am Urban in Berlin, da oben die Luft schlechter sei (Basel-Davos 3,25 im Erd-, 2,90 im Obergeschosse). Die gebräuchliche Höhe ist 4—4,5 m (Ruppertshain 4,3, Halila 4,5 m).

### 13. Bautechnische Einzelheiten.

Die Wände sollen, ebenso wie auch die Decken, glatt sein ohne Nieschen und Vorsprünge. Bei Fachwerkbau ist das, wenn man Lüftungscanäle anbringen will, die man z. B. in Oderberg mit Gipsdielen eingebaut hat, gar nicht möglich. Es sind daher dort die Zimmer, namentlich im Dachgeschoss, von ganz reichhaltiger Abwechselung an Ecken und Winkeln. Das spricht meines Erachtens sehr gegen diese Bauart. Zwischenwände sollen stark, nicht „durchhörig“ sein. Die Winkel sind abzurunden und zwar schon im Putz. Die spätere Einführung von — zusammentrocknenden — Holzleisten, wie ich sie in Oderberg versuchsweise anbringen liess, bewährte sich nicht.

Der Anstrich der Wände sei waschbar, eine Forderung, an die man von Seiten der bauenden Corporationen etc. noch gar nicht recht „ran“ will. „Der durch waschbaren Anstrich beseitigte Theil der natürlichen Lüftung lässt sich durch andere Lüftungsvorkehrungen ersetzen; eine waschbare Wand ist aber durch nichts ersetzbar“. (Kuhn). Um den Vortheil einer solchen waschbaren Wand einzusehen, bewaffne man sich mit einem Stück schneeweisser Watte und reibe ein Stück Wandfläche ab. Ob nun in dem Wandschmutze gerade Tuberkelbacillen sitzen, fragt sich ja sehr, aber können nicht Kokken und dergl. (Mischinfection!) ja, kann nicht der blosse Staub schaden? Warum wählt man Bauplätze mit reiner Luft, wenn man in den Zimmern Schmutzlager schafft? Dass die Farbe theuerer ist, darf (s. o.) nicht in Frage kommen. Die Wandfarbe soll (Schumburg) nichts Organisches enthalten, wie Leim; aber da auch Oelfarbe solche Stoffe birgt, übrigens auch brüchig wird (Kuhn), so wird jetzt allgemein Porzellanemailfarbe angewendet, die sich gut bewährt. Die englischen Wände aus Stuckmarmor oder Pariancement nachzuahmen, haben wir die Mittel doch nicht. Bringt man aus irgend welchen Gründen andere Farben an, so sollen sie wenigstens nicht abfärben. In Basel-Davos verwandte man in Oel gemalte, abwaschbare Leinwandtapeten (auch für Privatanstalten gut, in Hohenhonnef reinigt man jetzt die Tapeten noch mit Brodabreibung), die Bade- und ähnliche Räume bekommen Emailanstrich, der Speisesaal ziemlich hoch, die Gesellschaftsräume bis zur Fensterbrüstungshöhe reichende Holzvertäfelung. „Aber auch in diesen Räumen wurden in der Schreinerarbeit alle rechten Winkel der Profile vermieden“ (Kelterborn).

Ueber den Farbenton sagt das Kuhn'sche Handbuch (S. 366): „Das reine Weiss der Wände ist nach einem Farbentone hin zu brechen, welcher die Köpfe der Kranken, denen er bei sitzender Stellung als Hintergrund dient, lebenswarm erscheinen lässt. Dies thut beispielsweise ein heller graugrünlicher Farbenton; es darf kein kalter Schein von der Wand auf die Kranken reflectiren, die sich gegenseitig sonst noch elender aussehend finden würden".

Ueber die, ja ein Ganzes bildenden Fussböden und Zwischendecken ist folgendes zu sagen. Die gewöhnliche Balkendecke mit irgend einem Füllmaterial wird bald antiquirt sein. Gipsdecken bewährten sich im Dresdener Diakonissenhause nicht. Lehm hat die unangenehme Eigenschaft, schwer auszutrocknen und dann einen ganz lustigen Pflanzenwuchs zu entwickeln. Hygienisch und dauerhaft sind die patentirten Kleine'schen Decken, bestehend aus eisernen Trägern mit Zwischenfüllung von Ziegelsteinen und Cement, zum Theil durch eiserne Bänder gehalten (Loslau). Steinfussboden hat für Räume, welche zum menschlichen Aufenthalte bestimmt sind, immer etwas kaltes (s. Lesesaal bei Brehmer), es müsste denn Fussbodenheizung eingeführt sein. Will man Holz nehmen, so sollen es gute eichene oder kieferne Riemen sein, welche mit heissem Leinöl getränkt werden. Léon-Petit empfiehlt eine Mischung von Paraffin mit Benzin 1 : 9, der Fussboden wird darnach „dur et uni comme marbre" (1 qm kostet 30 Ctmes.). In Ruppertshain legte man in Speise- und Gesellschaftszimmern und Corridoren eichene, in den Schlafzimmern kieferne Riemen, in Davos im Speisesaal buchene, in den Gesellschaftszimmern eichene Riemen, sonst Linoleum. Dieses auf Gips oder Beton (so bei den Kleine'schen Decken) gelegt, ist ein sehr guter Fussboden. Den Abschluss schafft man gut durch Wandleisten aus Kunststein, unter welche das Linoleum reicht (Loslau). In der neuen Heilstätte in Berka wird Torgament angewendet, von welchem Pfeiffer sagt: „Als wirksame Isolirung gegen etwaige Bodenfeuchtigkeit ist im ganzen Erdgeschoss für den Fussboden Torgament vorgesehen, ein neues Baumaterial, welches sich nach vorliegenden Zeugnissen der Kaiserlichen Marine und nach eigener Anschauung in Leipzig gut bewährt. Torgament wird durch Guss hergestellt und schliesst also jede Fuge aus, macht auch eine besondere Fussleiste unnöthig". („Das Genesungshaus für Lungenkranke in München bei Berka (Ilm)". Zeitschrift für Krankenpflege. 1898. No. 4.) Auch Kremser-Sülzhayn empfiehlt diesen neuen Stoff. Wyss hat in einem Vortrage in der Züricher Gesellschaft für wissenschaftliche Gesundheitspflege, 10. Nov. 1897 (Therapeutische Monatshefte. 1898. No. 2) über Versuche berichtet, welche er mit Korkteppichen, Linoleum und Eichenparkett angestellt hat. Linoleum war entschieden das beste Material; es zeigte sich aber, dass es mit der Zeit seine Eigenschaft, Flüssigkeit nicht zu absorbiren, durch fortgesetztes Behämmern (also auch durch Betreten) verliert. Deshalb empfiehlt Wyss Eichenholz. Der Vortheil des fugenlosen Bodens, den Linoleum bietet, dürfte aber doch höher zu schätzen

sein. — Linoleum muss man jedenfalls überall wachsen, da es sonst sehr bald unansehnlich wird.

Die Thüren sollen genügend breit sein, etwa 1,20 m (Ruppertshain 1,10 : 2,20 m, Oderberg 0,94 : 2,20 m, Loslau 0,89 : 2,18 m und möglichst ohne Vorsprünge und Kanten. Wenn sie nach aussen schlagen, so ist der Corridor breit genug zu machen, dass der Verkehr nicht gehemmt wird. Die viel praktischeren Schiebethüren wollen sich nicht einbürgern. Schwellen sind nicht nöthig, ebenso keine Gewände. Im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhause werden diese durch glasierte Ziegel ersetzt, abgerundeter Cementputz oder Eisenecken verrichten es auch. Man kann ja durch Farbenstreifen das Gewände hervorheben. Die Griffe sollen fest und waschbar sein, Schlösser können an den gewöhnlichen Krankenräumen fehlen (Kuhn). Wo welche vorhanden, sind die Schlüssel nach der Nummer, welche an jeder Thür zu lesen ist, zu bezeichnen und an Schlüsselbrettern im Bureau zu ordnen.

Für die Fenster gilt der alte Satz: als eben noch genügendes Mindestmaass ein Fünftel der Bodenfläche, pro Kranken etwa 1,5—3 qm. Sie sollen fast bis zur Decke reichen, die Brüstungshöhe darf (nach Hügel) nicht über 0,95 m gehen. Ueberall sind Doppelfenster anzubringen; man macht dann am besten die äusseren von Eiche, die inneren von Kiefer; als Schloss Basquilverschluss. Aeussere Fenster sollen des Wetters wegen immer nach aussen schlagen, um durch den Anschlag das Eindringen des Regens zu verhindern. Der Anstrich soll rissefrei sein; empfohlen wird das im Krankenhause am Urban verwendete Ripolin. Jedenfalls darf man Fenster, welche der Sonne ausgesetzt sind, nicht lackieren! Es ist anerkannt, dass man die oberen Scheiben zur Ventilation um ihre horizontale Achse drehbar macht. Da man immer die Innen- und Aussenseite zugleich bewegen muss, ist die Construction nicht ohne Schwierigkeiten. Beide Scheiben nach innen schlagen zu lassen, ist wegen des Eindringens von Wetter unpraktisch (s. oben); beide Scheiben nach aussen, ist um die untere horizontale Achse natürlich unmöglich, des Wetters wegen, ginge dagegen recht wohl um die obere Achse; das Wetter tropft dann aussen ab. Nun wird gesagt, wenn die Luft vom Fenster her sofort zu Boden stürze, entstände die Empfindung des Zugwindes. Man hat daher das äussere Fenster als Wetterschutz um die obere Achse nach aussen, das innere um die untere nach innen schlagen lassen; die Bewegung geschieht gleichzeitig durch eine vierfach gelenkige Eisenstange (k. k. Kaiser Franz Josef-Spital in Wien). Um das Herabfallen der Luft zur Seite der Klappe zu verhüten, kann man Wangen daselbst anbringen. Erwähnt möge noch die Einrichtung sein, wie sie Halila hat, wo der obere innere und untere äussere Flügel sich öffnen, sodass ein Eindringen von Regen ganz unmöglich ist. Gleichzeitig und gleichsinnig sich öffnende Fenster lassen sich schwer in den Zwischenräumen reinigen. Der Verbindungsverschluss muss dann wenigstens durch einen Handgriff zu lösen sein. Alle Fenster sollen in jeder Weite festgestellt werden können. In Ruppertshain ist ein sehr

sinnreiches Patent Faulhauber angebracht, bei welchem die Schnur automatisch in jeder Stellung sich fixirt. Alle Fenster der Sonnenseite müssen mit Vorhängen oder Jalousien versehen sein. Letztere haben den Vortheil, dass sie nicht Staubfänger im Zimmer bilden und in der Nacht bei Sturm doch ein Offenlassen der Fenster ermöglichen. Dass viele Kranke auch den aufs Bett fallenden Mondschein nicht vertragen können, ist bekannt, wird aber selten bedacht.

Schubert hat, wenn auch anfänglich für Schulen, eine Lösung mit Cathedralglas angegeben. Dieses „ist in mehrere Schieberahmen gefasst, die ausser Gebrauch im untersten Viertheil des Fensters hinter einander geschaltet ruhen, zum Schutz gegen die Sonne nach Art der Bahnwaggonfenster emporgehoben werden können und in Folge einer sinnreichen Vorrichtung in jeder Lage ruhen bleiben". (Angefertigt von der Maschinenbau-Actiengesellschaft Nürnberg. S. Münchener med. Wochenschrift. 1898. No. 14. S. 427).

Von den Corridoren sagt Kuhn, dass alle, „an deren Längsseiten Eingangsthüren zu Krankenzimmern liegen, 2,50 m Breite erfordern, wenn keine Möbel oder Geräthe darin stehen, um deren Tiefe sich die Breite vergrössern müsste". In Ruppertshain sind sie 2,00 m breit, in Oderberg, wo sie auch als Wandelbahn dienen sollen und daher möblirte Nieschen aufweisen, nur 1,80. Der Transport eines schwer Erkrankten ins Bad und eines anderen, der sich die Kniescheibe gebrochen, in die Liegehalle, war nur mit grossen Schwierigkeiten zu ermöglichen. Man baut daher auch jetzt allenthalben breite Corridore, Loslau 2,50 m, Sülzhayn, Marzell, Davos 3 m. Als Fussboden werden Terrazzo oder Platten empfohlen, Linoleumbelag genügt vollkommen. Die Wand mag 2,00 m hoch mit Emailfarbe gestrichen werden, den Abschluss bilden selbstschliessende Windfänge. Thüren von Nebenräumen schlagen nach innen.

Die Treppen sind 1,5—2,00 m breit zu machen, die Stufen 30 bis 34 cm breit und 10—16 cm hoch (Loslau 155 : 14 : 30 cm). In einem Fachwerkbaue können, da Holz feuerpolizeilich verboten wird, nur eiserne angelegt werden, sonst sind massive möglich. Die Auswahl des Materials wird sich nach örtlichen Verhältnissen richten, ob man Granit, Cementguss, Monierbauweise mit Mettlacher Platten (Ruppertshain), Eisen mit Xilolith- oder Eichenholzauflage nimmt. Einwandfrei ist jedenfalls die Treppe in Kleine'scher Manier (s. oben), mit Linoleum belegt, und, da sich dieses an den Kanten abtritt, vorn durch einen Eisenstreifen (Winkeleisen) geschützt (Loslau). Man bedarf dann keiner Scheuerleiste an den Seiten, welche bei nicht massiver Anlage nöthig ist. An beiden Seiten soll sich ein festes (nicht berutschbares) Geländer hinziehen, auf den Absätzen sich je ein Ruheplatz befinden, denn auch Leichtkranke erkranken oft schwerer. Beleuchtung soll die ganze Nacht da sein. Auch die anderen Treppen, z. B. nach der Liegehalle, von einem Theile derselben zum andern, sollen vollkommen denselben Anforderungen entsprechen.

Am Haupteingange darf ein Besuchs- und Wartezimmer nicht fehlen, als welches ja eventuell das Bureau oder sein Vorraum mit dienen kann.

Die Beheizung wird meist mit Centralheizung ausgeführt. Hochdruckdampf- und Dampfwarmwasser-Heizung ist wegen der Gefahr und der Geräusche nicht beliebt. Niederdruckdampf hat Ruppertshain, Oderberg, theilweise Falkenstein. Die Art ist billig, bedarf aber, da die Röhren bisweilen rosten, guter Aufsicht. Warmwasser hat Loslau, Arlen, theilweise Brehmer, ebenso Falkenstein, ferner Hohenhonnef. Von letzterer sagt Meissen, dass sie bei sorgfältiger Behandlung zur vollen Zufriedenheit und nicht zu kostspielig arbeite. Roempler-Goerbersdorf heizt seine Baderäume mit einer Warmwasserheizung vom Küchenherde aus, während er sonst Heisswasserheizung hat, die ja etwas umständlichen Betrieb erfordert. Luftheizung (theilweise Brehmer) verbannte Baginsky aus seinen Kindersälen, da sie die empfindlichen kindlichen Respirationsorgane reize. Wenn Ofenheizung gewählt wird, so wählt man Dauerbrandöfen — die Lönhold'schen Sturzflammenöfen bewährten sich am Grabowsee und in der Bremer Heilstätte zu Rehburg gut — oder Kachelöfen. In St. Blasien ist nur Buchenholzheizung in solchen Oefen üblich, eine wunderschöne, aber viel Bedienung erfordernde Art. Oefen wie Heizkörper sollen möglichst glatt und leicht zu reinigen sein, Heizkörper an der Fensterwand, Oefen inmitten des Raumes stehen. Mit der Fussbodenheizung beginnt man sich, besonders in eingeschossigen Pavillons, vertraut zu machen. Eine Heizung des Bodens mit der warmen Abluft des Raumes ist „nach heutigen Auffassungen unzulässig“ (Kuhn).

Die natürliche Lüftung geschieht durch die Fenster, an welchen deshalb die oben geschilderten Klappvorrichtungen angebracht werden. Durch die Möglichkeit, sie in jeder Lage festzustellen, kann man etwas Oeffnung bei jedem Wetter und auch in der Nacht lassen. Nach dem Vorgange von England begnügt man sich aber damit nicht mehr; im Bromptonhospital wird gar kein Fenster geöffnet, da besorgt alles die künstliche Lüftung. Man kann diese erreichen durch Eintreiben von frischer Luft oder durch Absaugen der gebrauchten. Letzteres thut man durch maschinellen Betrieb oder durch Temperaturunterschiede. Der Nachtheil ist der, dass man nicht controliren kann, woher die Ersatzluft nachströmt. Die bessere Methode ist daher das Einpressen von Luft, deren Entnahmestelle man an einen beliebigen sauberen Ort legen kann. Im Winter muss man diese Luft vorwärmen. Sie tritt dann, in Canälen bis zum Zimmer geführt, unten ein, während die gebrauchte in andere Canäle oben abströmt. Im Sommer ist nur letztere Oeffnung in Thätigkeit, dann besorgen lediglich die Fenster die Zufuhr. Die Luftkammern sollen hell und begehbar sein, damit sie gereinigt werden können. Wo man nicht die ganze Anstalt ventiliren will, richtet man wenigstens theilweise in den Speisesälen besondere Lüftung ein, so in Davos, so durch die Kosmosventilation bei Brehmer, welche die Luft stündlich fünfmal erneuern soll.

Als die einzige hygienische Art der Beleuchtung ist die elektrische anzusehen, wenn auch einzelne Sanatorien (Schömberg, Michaelis in Rehburg) noch Petroleum haben und dies zum Theil noch vertheidigen. Petroleum verschlechtert die Luft, erfordert viel Reinigung und Bedienung, ist feuergefährlich; man baut daher selten (Stiege) neue Häuser damit. Für Marzell hat man, entgegen dem ersten Vorschlag, auch noch elektrisches Licht gewählt. Für die Nacht sind Accumulatoren einzurichten. Die Lampen in den Schlafsälen müssen durch (etwa transportable) Vorrichtungen abzublenden gehen, damit Bettlägerige im Winter nicht von 5—9 Uhr den grellen Glühdraht vor sich haben. Für Bureaus sind Stehlampen vorzusehen, für Wohnräume (Arzt, Schwestern, Verwalter) Zimmerlampen mit gedecktem Glühdraht.

## 14. Innere Einrichtung.

Zur inneren Einrichtung der Schlafzimmer gehören zuerst die Betten. Man wählt Metallbettstellen mit Fussbrett und Metallmatratzen. Von den mir bekannten Modellen halte ich das von Westphal und Reinhold in Berlin wegen seiner Einfachheit für das beste. Das Bettgestell nimmt man in Heilstätten für Männer ganz aus Gasrohr, in solchen für Frauen kann der Rahmen Winkeleisen sein. Kopftafeln sind kaum nöthig. Auf die Drahtmatratze kommt ein Schützer aus grobem grauen Leinen („Sackleinen“), der an den Ecken mit Bändern befestigt wird. Darauf eine dreitheilige (zum Auswechseln) Matratze. Ob Rosshaarfüllung (dann aber prima) erforderlich ist, oder ob man sich in Volksheilstätten mit einem der minderen Stoffe begnügen darf, Indiafaser (Agave americana), Kapok (Eriodendron anfractuosum), Crin d' Afrique oder Steiner'sche Haferspreu (Ludwig-Coburg fertigt eine Matratze aus Rohrgeflecht an), das wird die Erfahrung lehren. Praktisch sind die Steiner'schen Zellenmatratzen, welche man Zelle um Zelle reinigen kann, ohne dass die Form leidet. Sie mit guter Rosshaarfüllung zu verwenden, ist verlockend zum Mitnehmen, da sie nur zugeknöpft werden. Für den Kopf empfehlen sich nicht besondere Keilkissen, sondern verstellbare Draht-Kopfstücke, welche entweder fest auf der Matratze oder als aufsetzbare Einzelstücke geliefert werden. Zum Zudecken sollten nur Wolldecken (in Ueberzug) verwendet werden. Schon Gusserow sagte 1867, dass Federbetten das teuerste und schlechteste seien, was sich für ein Hospital ersinnen liesse. Den Einwurf, die Kranken frören, können wir mit einem 1869 geschriebenen Worte Lebert's entkräften: „auch im Winter ertragen dies meine Kranken sehr gut, trotzdem dass täglich die Fenster geöffnet werden“. Auch für das Kopfkissen kann man die Federn vermeiden durch Rosshaarkissen oder Steiner-sche Reformkissen (Steiner und Sohn, Frankenberg in Sachsen), welche innen Rosshaar, darauf beiderseitig Schafwollauflage und einen Trikotstoffbezug haben (kleine, genügende Nummern 6 Mk.). Die Bettlaken und Bezüge sollen weiss, nicht farbig sein. Man nimmt Leinen (z. B.

Ruppertshain, Hohenhonnef, Grabowsee) oder Halbleinen und Baumwolle (Reiboldsgrün, Rehburg, Davos). Erfahrene Hausfrauen ziehen letzteres vor und rathen zu einem Stoffe wie Köper, Louisiana, Dowlas und dergl. Das Wechseln der Bettwäsche kann bis zu vier Wochen stattfinden, in heisser Zeit oder bei schwitzenden Kranken wechselt man alle zwei, bei Bettlägerigen alle Wochen. Bettvorlagen lässt man besser weg, jeder Kranke kann sich ein Paar Filzpantoffeln mitbringen. In Loslau werden solche geliefert.

Neben jedes Bett kommt ein Nachttischchen zu stehen, am besten aus Eisen mit dunkler Glasplatte und zwei Zwischenfächern, ohne Kasten und ohne Vorhänge. Da können Schuhe der Kranken ihren Platz haben, ferner das Nachtgeschirr. In Oderberg hatte jedes Zimmer ein solches Geschirr und einen Porcellaneimer zum Eingiessen, was genügte. Emailletöpfe hielten wohl besser, sind aber, wenn sie abgestossen werden, schwer sauber zu halten. Zu den Eimern könnte sich vielleicht Holzstoff empfehlen. Ferner hat jeder Kranke einen Schrank von etwa 200 cm Gesammthöhe. Im Innern (lichte Höhe 150 cm, Breite 50 cm) ist oben ein Zwischenbrett eingesetzt, wodurch ein Hutfach entsteht. An diesem sind unten Haken für die Kleider eingeschraubt. Unten drin ist noch ein Kasten; er und der Schrank sind verschliessbar. Es ist darauf zu halten, dass alle Schrankschlüssel im Hause verschieden sind. Ferner ist jedem Kranken ein Stuhl zu geben, in jedem Zimmer ein Spiegel, einige Kleiderhaken anzubringen, auch wird ein kleiner Tisch nöthig sein, wo Wasserflasche mit Gläsern stehen kann. Ein Stiefelknecht und Staubtuch vervollständigen die Ausstattung.

In den Tageräumen finden ausser Tischen und Stühlen die Schränke mit der Bücherei und den Spielen ihren Platz, in ersterem eine kleine Sammlung guter Bücher unterhaltenden und belehrenden Inhalts, die gesammelten und gebundenen Zeitschriften u. s. w., in letzterem Brettspiele aller Art; Kartenspiel ist, weil stets mit Erregung gespielt, zu verbieten. Ein Musikinstrument findet hier seinen Platz. Die Wände sollen nicht kahl sein, sondern mit Wandsprüchen (Oderberg) oder guten Bildern geschmückt sein (vielleicht die Sammlung Ludwig Richter'scher Volksbilder, die man immer wieder betrachten kann, während derselbe Wandspruch langweilig wird). An den Fenstern waschbare Lambrequins, auf den Tischen Vasen für Blumen, welche die Kranken gern pflücken und aufstellen. Kurz, man muss sich bestreben, wie es von Davos heisst, dem Raum den Krankenhauscharakter zu nehmen und ihm ein mehr an eine einfache Pension erinnerndes Aussehen zu geben. Hier kann nach englischem Muster manch fröhlicher Geber seine Liebe zum Volke bethätigen. Soll in der Anstalt Gottesdienst gehalten werden und es ist dazu kein besonderer Raum vorhanden, so ist der Tageraum dazu zu verwenden.

In den gemeinsamen Waschräumen empfiehlt es sich, jedem Kranken sein besonderes Becken zu geben. Wenn der Vordermann sich nicht nur gewaschen, sondern auch seine Mund- und Zähnereinigung

vollzogen hat, wobei ja auch meist die „Lungentoilette“ erledigt und Sputum mit ausgeworfen wird, ist es für den Nächsten entschieden unappetitlich, sein Gesicht wieder aus demselben Becken zu waschen. Man sollte dieses meist vorhandene Gefühl gesunden Eigensinns, einen Bundesgenossen aller hygienischen Lehren, nicht durch Sparsamkeit am unrechten Platze abtödten. Also jedem sein Becken; weniger wichtig ist es, ob dieses ein auf einer geneigten Marmorplatte stehendes Email- oder Steingutbecken ist oder ein Kippbecken oder eins mit verschliessbarem Abflusse am Boden. Auf kleinem Bortbrett findet das Glas (oder Emailbecher) und der Seifennapf (Email) Platz, für die Zahnbürste wird ein kleiner Holzzapfen mit Einschnitt angebracht, in dem sie hängt. Daneben ein Halter für zwei Handtücher. An einer Kette befindet sich in jedem Waschzimmer ein Nagelreiniger und eine Nagelscheere, ferner ist ein Hahn mit warmem Wasser anzubringen und für die morgendlichen Abreibungen Schüchterner eine Schutzvorrichtung, etwa eine dreitheilige spanische Wand, ein einfaches Lattengerüst mit grobem Segeltuch überzogen (Oderberg), endlich ein Lappen oder eine Bürste zum Säubern der Becken. Hier findet auch durch einen Barbier der Nachbarschaft (oder einen kundigen Wärter, Oderberg) die wöchentliche Schur statt. An Handwäsche bekommen die Kranken allwöchentlich ein feineres Handtuch (Leinen) und ein grobes zum Abreiben (Gerstenkorn, grauer Frottirstoff).

Im Speisesaale, dessen Wände mit guten Wandsprüchen geschmückt sein können, da hier nicht Zeit zum näheren Betrachten von Bildern ist (höchstens könnten einige der neuen Mässigkeitsbilder Platz finden), stehen grosse Tafeln mit Stühlen. Zumeist werden weisse Tischtücher aufgedeckt und allwöchentlich erneuert (in Ruppertshain giebt es noch besondere Kaffeedecken). Weicker schlägt nur blank gescheuerte Tische vor; praktischer sind dann jedenfalls die mehrfach eingeführten Wachstuchdecken, welche ich für Volksheilstätten für vollständig zweckentsprechend halte. Servietten sind nicht erforderlich. Eine Tischordnung regelt die Mahlzeiten, das pünktliche Kommen und gemeinsame Aufstehen, das Tischgebet, anständiges Benehmen bei Tische, Händewaschen vor- und nachher, Zähneputzen nachher.

Neben dem Speisesaale befindet sich die Speisenausgabe, durch Aufzug mit der Küche verbunden. Diese soll reichlich gross und hoch sein, gute Lüftung und Wrasenabführung haben. Der Fussboden ist am besten weisser Terrazzo, sonst weisse Mettlacher Platten (man nimmt immer erste Klasse, verlegt sie in Cement und dichtet mit Porzellankitt). Eine Neigung nach einem Abflusse (Syphon) ist anzubringen. Die Wände werden 2 m hoch mit Kacheln verkleidet, der Rest und ohne Kacheln alles mit Emailfarbe gestrichen. Ob man Dampfkochküche einrichtet, die ja fast ganz wrasenfrei ist, hängt von örtlichen Verhältnissen und der Grösse der Anstalt ab. Es ist daneben auch noch ein grosser Bratherd erforderlich, ferner ein Wärmetisch zum Aufschneiden der Portionen, ein Geschirrwärmeschrank, ein Aufwaschtisch

und all die üblichen Küchengeräthe (beste Emailwaare) und Maschinen. Das Geschirr wird in den meisten Anstalten aus Porzellan oder Steingut genommen. Man ist indessen mancherorts zum Theil zur Emailwaare übergegangen, da zu viel zerbrochen wird (Malchow, Oderberg die Kannen). Zum Milchtrinken z. B. ausserhalb des Speisesaales, etwa in der Liegehalle oder den Tageräumen (Abends) könnte man wohl Emailbecher verwenden. Auf peinliches Reinigen der Geschirre ist zu halten. Die Nebenräume der Küche sind schon genannt (s. ob.), es sind nur noch die Vorrathskeller zu erwähnen (reichlich; Fleisch, Milch, Butter, Gemüse, Kartoffeln, trockene Colonialwaaren, Obst, Getränke, Kohlen u. s. w.).

Wichtig ist ferner die Anlage der Aborte und die Entfernung der Abwässer. Gruben, auch wenn neben dem Sitze ein Kasten mit Torfmull und Schaufel steht (Stiege), sind nicht mehr zulässig für Heilstätten; da war schon das alte „Wassercloset“ besser: wenn Krankenhäuser am Ufer eines Gewässers lagen, stand im Wasser ein die Abtritte enthaltender Thurm, mit dem Hause durch einen gedeckten Gang verbunden (Hammond Hospital zu Point Lookout, Maryland [Kuhn, S. 284]; so auch vor Jahren in der Sächsischen Fürstenschule zu Grimma), der Fluss spülte alles hygienisch mit fort. Jetzt darf man das so nicht mehr machen. Es kommt Tonnen- oder Spülsystem in Frage. Diese „Tonnen“, deren doch vorhandenen Geruch ein lüftbarer Vorraum abschwächen muss, können verschieden gross sein. In Ruppertshain hat man mit allen Grössen Versuche und schlechte Erfahrungen gemacht. In Marzell will man grosse umgehbare Tonnen einrichten. In Oderberg hat man sogenannte Torfmull-Zimmerclosets aufgestellt. Dabei musste natürlich die Benutzung, um gleichmässige Füllung zu erzielen und Ueberlaufen zu verhüten, geregelt werden. Jede Abtheilung bekam ihre Zelle, und der Schlüssel wurde im Waschzimmer aufgehängt. Bei der weitläufigen Lage des Hauses (s. ob.) und der Zusammenlegung der Closets an einem Punkte wurde aber doch auch von anderen die Zelle mit dem nächsten Schlüssel mitbenutzt oder man stieg einfach, ohne den Schlüssel zu holen, dort oben über, wo es am leichtesten ging. Dazu kommt bei allen Tonnen beschwerliche Abfuhr im Winter, namentlich wenn diese wie bei den Zimmerclosets täglich erfolgen muss, und der Geruch ist auch durch Torfmull nie ganz zu entfernen. Man riecht auf dem Corridor die Nähe des Closets. Das soll nicht sein. Ich glaube daher, dass man die Möglichkeit der Anlage von Wasserclosets bald als eine Hauptbedingung an den Bauplatz aufstellen wird, wofür sich dann Twyford’s Unitas-Closet gut bewährt hat. Von den beiden Möglichkeiten der Abführung ist die Ueberleitung auf eigene Rieselfelder die beste (Loslau), sonst muss man klären. Viele Krankenhäuser sind mit dem Süvern’schen System zufrieden (z. B. Carolahaus-Dresden). In Hohenhonnef liegen zwei Klärbecken hintereinander, mit Torf und Coaks gefüllte Schlammfänge enthaltend, die täglich gereinigt werden (viel Arbeit!) Der Schlamm kann unten abgelassen werden und wird mit

Torfmull gemengt compostirt. Wenn sich das, was von den Fosses Mourras (Davos) gesagt wird, bewahrheitet, so sind diese jedenfalls recht nachahmenswerth. „Diese in der Schweiz noch wenig bekannten Fosses Mourras sind eine Art möglichst luftdicht geschlossener Gruben, die entweder gemauert oder noch besser als eiserne Kessel hergestellt und vor dem Gebrauch vollständig mit Wasser gefüllt werden. In diese Gruben werden nun die Faekalstoffe geführt und zwar befindet sich die Mündung der Zuleitung im oberen Drittheil der Grube, während die Ableitung ungefähr in der Mitte der Grube angebracht ist und die Form eines Hebers hat. Es hat sich gezeigt, dass in einem solchen, beinahe luftleeren Raum die frisch eintretenden Faekalstoffe im obersten Theile der Grube bleiben und dort einen Gährungsprocess durchmachen, durch den alle festen Theile, auch Papier und dergl. vollständig zerstört werden. Der mittlere Theil der Grube, aus dem der Abfluss erfolgt, zeigt eine beinahe farb- und geruchlose Flüssigkeit. Durch jeden neuen Zufluss in die Grube wird ein entsprechendes Quantum dieser geklärten Flüssigkeit abgestossen“ (Kelterborn. S. Litt.).

Die Aborträume selbst haben Betonfussboden mit Email gestrichene Wände und sind durch Holzwände in Zellen getheilt, deren Thüren, wie Zwischenwände nicht bis zum Fussboden reichen. Sie sollen 0,85 m breit sein und jede ihr leicht zu öffnendes Fenster haben, auch heizbar sein. Je 10 Kranke dürfen einen Sitz beanspruchen, bei Wasserspülung sind weniger Sitze erforderlich. Behälter für Papier und einfache, feste Tücher zum Abwischen des Sitzes sollen da sein. Nachts brennt Licht. Die Pissoire, bei denen etwa 10 Becken für eine grosse Anstalt genügen (selbstthätige Wasserspülung) sollen besser Mettlacher Platten-Fussboden haben, da Cement, Asphalt und Terrazzo vom Urin angegriffen wird.

Die übrigen Abwässer werden zum Theil (Küche, Bäder) mit verrieselt, zum Theil (meteorologische) können sie frei abfliessen. In Ruppertshain filtrirt man sie durch zwei in Zinkkästen befindliche Kiesfilter und rieselt dann. In Oderberg werden die meteorologischen Wässer gesondert in einem Reservoir gesammelt und — durch Pumpe — zur Kesselspeisung benutzt.

Küchenabfälle kommen, wenn Landwirthschaft da ist, auf den Mist, sonst kann man sie, wie in Hohenhonnef, vergraben oder an entfernter Stelle mit Asche und Sand bedecken. Für ein Aschehaus muss gesorgt sein.

Von Nebenräumen im Hause sind zu nennen: Kleiderzimmer, wo die Kleider der Kranken, falls welche abgegeben werden, und Kofferkammern, wo ihre Koffer und Kisten gut bezeichnet aufbewahrt werden (Werthsachen sollen der verwaltenden Person abgegeben werden). Ferner Besenkammern. Die Reinigung des Fussbodens soll durch tägliches feuchtes Aufwischen (Scrubber) geschehen. Am Grabowsee wird dazu wöchentlich einmal 3 proc. Lysollösung benutzt. Wenn gekehrt werden muss (gröbere Bestandtheile), so soll vorher Wasser gesprengt oder feuchter

Kaffeesatz (ein altes Hausmittel, vergl. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895, S. 183) gestreut werden. Die Fenster sollen etwa aller zwei Wochen geputzt, die Heizkörper, die Ventilationsöffnungen, welche zugänglich sein sollen, und die Thürgriffe täglich feucht gereinigt werden. Die Wände kann man nach Grabowseeer Muster mit grüner Seife („Schmierseife") abwaschen, wenn das Zimmer leer steht, etwa monatlich bis 2 m Höhe, viermal im Jahre bis obenhin, wenn sie waschbar sind. Für die Ueberlassung dieser Arbeiten an Wärter kann ich mich nicht begeistern und höre diese Meinung auch von immer mehr Aerzten und Verwaltungsbeamten. Man kann ja durch Auswahl weniger schöner Exemplare die Scheuerfrauen ungefährlich machen. Fernerhin müssten ein oder je nachdem mehrere Räume da sein, wo die Kranken auf Holzgestellen Badetücher, feuchte Hemden, Strümpfe u. s. w. aufhängen und trocknen können. In den Schlafzimmern, wo sie es jetzt meist thun müssen, darf das nicht geschehen. Dann ist ein Raum zu schaffen, wo die Spuckflaschen in Eimer entleert und mittels eines Wasserhahns und — sehr grossen — Ausgussbeckens gereinigt werden; endlich ein Zimmer zum Stiefel- und Kleiderreinigen seitens der Wärter.

Die Bade- und Duscheräume haben Fussboden von Cement, Mettlacher Platten oder Terrazzo, mit Emailfarbe gestrichene Wände, Fenster mit geriffeltem Glase (Eisenrahmen sind nicht nöthig) und sind gut heizbar. Als Wannenmaterial bewährt sich emailirtes Eisen nicht, das Email springt ab. Das einfachste werden Zinkwannen sein, wenn man nicht unverwüstliche englische Porzellanwannen (Halila) oder verzinkte Kupferwannen (Hamburg-Eppendorf, 90 M.) nehmen will. Sie sollen immer blitzblank sein. Jede Wanne ist mit temperirbarer Brause einzurichten. In die Zelle gehört ein Bänkchen oder Stuhl, ein Stiefelknecht, eine Kopfkappe, Kleiderhaken. Lattenroste, die immer schmutzig sind, verwirft Kuhn. Dann müsste man waschbare Matten einlegen. Die Rohre sollen frei montirt sein. In einem besonderen Raum sind Fussbadewannen, eine Sitzbadewanne und ein Kastendampfbad aufgestellt.

Im Duscheraum genügt es, eine Dusche mit Strahl und Brause an der Decke anzubringen, welche nur kalt zu sein braucht, ferner eine bewegliche, temperirbare (zu schottischen Duschen) mit Strahl und Fächer. Dazu eine Reihe, mit wasserdichten Vorhängen verschlossenen Auskleidezellen (etwa 10). Da alle Duschen vom Arzte gegeben werden, sind in Anstalten für das weibliche Geschlecht die Leitungshähne in einem vom Duscheraum getrennten Raume anzubringen, der mit jenem nur durch ein Sprachrohr getrennt ist (während zu beweglichen Duschen der Arzt doch den Duscheraum betreten muss), in Männeranstalten genügt ein Holzverschlag mit Fenster.

Mit den Bädern ist meist die Warmwasserbereitung verbunden. In einem eisernen mit Wasser gefüllten Kessel läuft in Kupferschlangen der Dampf und erwärmt ersteres. Entweder steht das Ganze hoch, sodass das Wasser mit eigenem Gefälle in die warme Leitung strömt, oder der Zufluss der Hochdruckleitung drückt das warme Wasser in die Leitungsröhren.

## 15. Liegehallen.

Die Liegehallen werden in neuen Anstalten an der Südseite des Hauses irgendwie angebracht; sehr gut, und wenn durch gedeckten Gang mit dem Hause verbunden, sogar besser, lassen sich auch eigens dazu errichtete Holzhallen (Ruppertshain), ferner halb offene Baracken (Grabowsee), drehbare Pavillons (Falkenstein), Waldhütten (Reiboldsgrün) benutzen. In der Münchener Heilstätte sind sie wie die südländischen „Lauben" durch Zurückrücken des Erdgeschosses ein Bestandtheil der Hauses selbst. Die von Wolff empfohlenen Waldhütten sind nur in einer wie Reiboldsgrün weltfern gelegenen Heilstätte zu benutzen. In Anstalten, aus welchen die Insassen nach nahen Kneipen auskneifen können, sind einheitliche Hallen der Uebersicht wegen unentbehrlich.

Die Tiefe dieser soll 2,50 m betragen. Der Fussboden muss des Wetters halber von abfallendem Cementfussboden hergestellt werden. Das Dach kann Holz-Pappdach sein, gegen Sonnenbrand, Wind und Regen (Schnee) schützen wasserdichte Vorhänge, welche im Sommer markisenartig von der Halle abstehend, im Winter senkrecht herabhängend und an seitlichen Eisenstäben gleitend einzurichten sind. Turban empfiehlt solche, die von unten nach oben verstellbar sind. In Schwendi hat man verstellbare Fenster angebracht, welche aber, wenn sie nicht sehr gut controlirt werden, zuviel geschlossen werden dürften. Für freien Ausblick, der namentlich an trüben Tagen und im Winter den Sonnenschein psychisch etwas ersetzen kann, soll möglichst gesorgt sein.

Die Liegehalle muss so gross sein, dass sie für alle Kranken gleichzeitig Raum bietet. Es ist eine durchaus falsche Ansicht, dass eine geringere Zahl von Liegesesseln (etwa $^1/_2$ oder $^1/_3$ der Krankenzahl) genügten, („Gesichtspunkte zum Bau einer Volksheilstätte". Schriften der Centralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen No. 12, S. 162.) darin stimmen die Urtheile der Heilstättenärzte überein. Es ist sowohl vom Standpunkte der Therapie, als auch der Disciplin dringend zu verlangen, dass die Anzahl der Liegesessel ein gleichzeitiges Liegen aller Kranken gestattet. Als Liegesessel werden zumeist Rohr-Chaiselongues benutzt und zwar entweder aus einem Stück oder zweigetheilt aus Sessel und Fussstück bestehend. Man wird dazu kommen, die jetzige Halbsitzstellung durch weiteres Zurücklegen der Rückenlehne mehr in Liegestellung zu verwandeln. Ein anderes Modell, von Weicker und Beaulavon empfohlen, besteht aus einem Eisengestell mit Ueberzug (ohne letzteren Dutzend 63 M.). In der Heilstätte Grabowsee verwendet man im Sommer billige Triumphstühle, deren jede Anstalt eine Anzahl zum Mitnehmen in den Wald haben sollte; im Winter waren sie zu kalt, man stellte Bettstellen mit Seegrasmatratzen auf. Vielleicht hat der Hängemattenstuhl von Sendter (Zeitschrift f. Krankenpflege 1897, No. 12) eine Zukunft. In einem den Triumphstühlen ähnlichen Gestell ist eine Hängematte so befestigt, dass

das Zusammenpressen des Körpers, das die Benutzung einer gewöhnlichen Hängematte für Lungenkranke unmöglich macht, wegfällt. Jacoby dehnt seine Autotransfusionstherapie auch auf die Liegecur aus und hat Sessel und Hängematten (auch ohne den genannten Fehler) mit tiefliegendem Kopfe angegeben, eine Art zu liegen, welche, so wunderlich sie aussieht, recht gut vertragen wird. Da die Sessel meist zum längeren Liegen zu hart, vor allem aber im Winter zu kalt sind, belegt man sie mit einem Kissen, bestehend aus waschbarem Stoffe (Ledertuch, gute Qualität) mit Seegras- oder ähnlicher Füllung. Jeder Kranke soll zwei, im Winter drei Decken zum Einhüllen haben. Ich halte ferner für den Winter Pelzfusssäcke, am besten bis zu den Knieen reichend (14 M.) für unbedingt erforderlich. Privatanstaltskranke müssen alle Pelzfusssäcke zur winterlichen Liegecur mitbringen; glaubt man, Volksheilstättenkranke frieren weniger? Dies ist ein solcher Punkt, von dem das am Anfange dieses (III.) Abschnittes Gesagte gilt. Lieber keine Heilstätte, als die Insassen zum Frieren verurtheilen! Ausserdem ist jedem eine Wärmflasche zu geben, deren Material und Form gleichgültig ist (ein steinerner Selterwasserkrug thut's auch). Die meisten der Kranken leiden an Schweiss- und daher kalten Füssen, welches Leiden selbst durch gute Hautpflege erst allmählich schwindet. Sie frieren alle an den Füssen. Knopf führt als besondere Eigenthümlichkeit des Dr. Sabourin im Sanatorium Canigou in den Pyrrhenäen an, dass er auf gute Wärmflaschen, gefütterte Socken und Holzschuhe hält. (In Heiligenschwendi bekommen die Kranken Pelzfusssäcke, Wärmflaschen und Holzschuhe.) Sessel und Kissen sollen deutlich nummerirt sein. Eine Anzahl einfacher Holztischchen sollte nicht fehlen; viele fordern für jeden Sessel eins, man könnte ja für zwei Sessel eins stellen. Für wenige Mark beschafft man dadurch den Liegenden eine grosse Bequemlichkeit.

### 16. Wirthschaftsräume und Garten.

Eine Waschküche darf in keiner Anstalt fehlen. Wenn angängig, wird man sie mit Dampfbetrieb einrichten (Oderberg, Loslau). Die Wäsche aus der Anstalt zum Waschen wegzugeben (Ruppertshain), hat seine grossen Bedenken. Merke macht (Deutsche Vierteljahrsschrift f. öff. Gesundheitspfl. 1893, S. 272) darauf aufmerksam, dass in Privatwäschereien oft die Wäschestücken, namentlich wollene, nicht ordentlich gekocht werden, sodass eine Desinfection nicht stattfindet (man müsste denn alle Wäsche vorher desinficiren). In einem Curorte für Lungenkranke wurde die Krankenwäsche in demselben Bache gespült, aus dem die Bewohner ihr Brauchwasser entnahmen. Am Grabowsee wird die Leibwäsche der Kranken in der Umgegend gereinigt, alle andere desinficirt und in der Dampfwäscherei gewaschen; auch kein guter Modus. Man desinficirt in Halila alle Wäsche, in Rehburg nur Nachtschweiss-Betten, sonst wird sie meist nur gekocht, was genügt.

Zum Einsammeln der schmutzigen Stücke — von jedem Kranken und von den betr. Wärtern, Schwestern oder dergl. in Bündel gepackt — muss eine bestimmte Stunde festgesetzt und ein unmittelbar bei der Waschküche liegender Raum eingerichtet werden. Dort befinden sich ein paar grosse Bottiche mit Kaliseifenlösung, in welche die Wäsche sofort geworfen wird. Die Ausgabe reiner Wäsche kann in einem beim Magazine liegenden Zimmer geschehen. Die Wäschemagazine sind hell und luftig zu gestalten, die Wäsche in frei nicht an der Wand stehenden Regalen einzuordnen; genaue Buchführung ist nöthig.

Ein Desinfectionsapparat ist, mit Ausnahme von Reiboldsgrün, wohl überall vorhanden, sei es von Rietschel und Henneberg (Hohenhonnef, Oderberg, Turban's Sanatorium in Davos), von Siemens & Halske (Altenbrak), von Schmidt in Weimar (Grabowsee), von Buddenberg (Lippspringe), sei es als einfacher Waschkesselaufsatz (Weicker). Man desinficirt damit ab und zu die Matratzen, mancherorts die Wäsche. Dass letzteres unnöthig ist, ist schon gesagt, ob ersteres nöthig ist, ist zweifelhaft. An Matratzen von Volksheilstätten wird noch keiner Bacillen nachgewiesen haben. Eine mechanische Reinigung vom Staube, wie sie die Zellenmatratze erlaubt, scheint mir von grossem Nutzen zu sein. Von Vortheil ist der Apparat bei Krätze- und Läusefällen.

Ein Leichenhaus, eine Sectionskammer (heizbar) mit geeignetem Tische und Wasserleitung (warm), sowie ein Eiskeller dürfen ausserhalb des Hauses, Feuerschläuche innerhalb desselben nicht fehlen. In Pariser Krankenhäusern veranstaltet man richtige Feueralarm-Proben.

Ob Viehhaltung und Landwirthschaft einzurichten ist (Ruppertshain hält Schweine, Oderberg Kühe, Schweine und Federvieh), hängt von den örtlichen Verhältnissen ab, ob gute Milch zu kaufen ist (Impfung erlaubt?), wie gross das Areal ist u. s. w. Auch wird man die Erfahrungen abwarten müssen, welche z. B. in Oderberg gemacht werden.

Dass ein eigentlicher Anstaltsgarten oder -Park erforderlich sei, wird von manchen Seiten bestritten. Man lässt die Kranken einfach in den anstossenden Waldungen spazieren gehen. Das ist in der Theorie sehr gut, in der Praxis schlecht. Während man auf der einen Seite geschlossene Anstalten verlangt, wegen dem Hange Lungenkranker zu thörichten Streichen, lässt man sie auf der andern stundenlang sich im Walde zerstreuen, wo sie kein Mensch controliren kann. Der ärztliche Referent auf der Stuttgarter Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, Hampe, sagt sehr gut: „Das Anstaltsterrain muss weit grösser sein, als für gewöhnliche Krankenhäuser. Die Kranken sollen sich möglichst viel in freier Luft aufhalten und bewegen können; die Spaziergänge müssen aber controlirbar sein; ohne ärztliche Ueberwachung können von den Kranken leicht unvorsichtige Handlungen begangen werden, welche eine im Laufe von Wochen erzielte Besserung sofort wieder vernichten.“ In Oderberg rannten die

Kranken nach ziemlich weit entfernten Kneipen oder Nachbarorten, ja stiegen, als ich einmal verreist war, nach dem zweithöchsten Harzhôtel, dem Stöberhai, im Walde haben sie, wie ich später erfuhr, Bier aufgelegt, und die Dickungen wurden von Forstbeamten für „reine Rauchcabinets" erklärt. So wird's überall sein, sei's, dass man's merkt, sei's, dass nicht. Es gehört zu einer Heilstätte ein genügendes Stück Wald, welches eingezäunt oder wenigstens durch deutliche Grenzzeichen umgeben wird. Man kann es kaufen, pachten oder sich vom Forstfiscus oder sonstigem Besitzer lediglich dafür die Benutzung ausbitten, (die gern gegeben wird, wenn dafür der andere Forst verschont bleibt). Von der Heilstätte Planegg sagt May: „Wohl einzig in seiner Art dürfte der fast den ganzen Besitz einnehmende Park dastehen, 2 und 3 m breite Wege durchkreuzen denselben in einer Gesammtlänge von etwa 4 km, und eine Reihe grösserer und kleinerer Plätze, theils in sonniger, theils in schattiger Lage, bietet reichliche Gelegenheit zum Aufenthalt im Freien." (Gartenlaube 1898, No. 14). Der Wald soll dicht bei der Heilstätte anfangen, damit die Kranken im Sommer „nicht erst eine Viertelstunde lang braten müssen" (Gabrilowitsch), und er soll sich mehr nach der Höhe erstrecken, um, wie bekannt, die Ueberanstrengung durch das Steigen nach eingetretener Ermüdung zu verhüten. „Die ins Thal hinabführendenWege sind für Brustkranke gar zu oft mit guten Vorsätzen gepflasterte Wege zur Hölle." (Schnyder). In einem solchen, irgendwie zur Heilstätte gehörigen Walde kann man dann auch nach Belieben Bänke, Holzhütten, Spielplätze errichten, der Arzt kann die Kranken jede Stunde controliren, da er weiss, wo er sie trifft, und kann ihnen mehr Freiheit geben, als bei freien Spaziergängen, zu denen er sie die Pforte verlassen sieht mit dem Gedanken: wo werden die jetzt einkneipen? Das Comité consultatif d'hygiène de France beschloss daher, dass der Garten gross genug sein müsse, dass die Kranken möglichst das Heilstättengebiet nicht zu verlassen brauchen. (Gumprecht).

## IV. Der Heilstättenarzt.

Dass eine Heilstätte einen ständigen Arzt haben müsse, ist eigentlich selbstverständlich. „Ein wenn auch noch so gut eingerichtetes Haus mit nur gelegentlichem ärztlichem Besuche wird noch keine Heilstätte für Lungenkranke sein" (Turban). Dennoch giebt es einzelne Heilstätten (Stiege, Königsberg, Heiligenschwendi), in denen der Arzt fern wohnt und nur von Zeit zu Zeit zum Besuche kommt, ja sogar in der geplanten Anstalt des Berlin-Brandenburger Vereins zu Belzig will man die Leitung einem Belziger Arzte geben. (Das Rothe Kreuz. 1897. No. 22.)

An den Arzt selbst sind ziemlich hohe Anforderungen zu stellen. Er soll begeistert für diesen Zweig der Medicin sein, nicht seine Stellung nur als Brotstelle betrachten. Es ist das wohl nicht besser auszu-

drücken, als mit Dettweiler's Worten: „Die Mühen und Sorgen eines Anstaltsarztes in meinem Sinne sind gross, der Lohn aber auch ein beglückender und reicher. Freilich muss seine ganze Persönlichkeit in seinem Berufe aufgehen, eine warme Begeisterung bei kühlem Kopfe, eine völlige Hingabe ohne planlose Kraftverschleuderung, eine wirkliche Menschenliebe ohne Sentimalität müssen ihn beherrschen, und die Anstalt muss ihm sein ‚seine Religion und seine Politik, sein Unglück und sein Glück'".

Dementsprechend ist aber auch eine genügende Vorbildung auf dem speciellen Gebiete zu fordern; für solche, welche nicht längere Zeit Assistent an einer andern Heilstätte waren, wird sich mit der Zeit die Veranstaltung von 3—4 monatlichen Cursen, wie sie Dettweiler und Wolff jetzt schon abzuhalten sich bereit erklärt haben, als Norm herausbilden. Auch über die Volksheilstättenbewegung soll ein solcher Arzt vollkommen unterrichtet sein, er muss sie verfolgen mit allem, was sie bringt, um an der Hand seiner Erfahrungen Kritik zu üben und das, was er für gut findet, iu seinem Wirkungskreise einzuführen. Die Jugend der Bewegung verbietet es von selbst, dass die Heilstättenärzte in wissenschaftlicher Hinsicht kategorisch gebietende Autoritäten anerkennen; dafür legt sie jedem die Pflicht fleissigsten Studiums und gewissenhafter Selbstbeobachtung auf. Ich würde ferner einen Studienaufenthalt in einer Kehlkopfklinik, bei einem Hydrotherapeuten, wenn möglich einige Vorstudien über Physiologie des Stoffwechsels und Diagnose der Magenstörungen und, wenn weibliche Kranke aufgenommen werden, über die in Frage kommenden Krankheiten der weiblichen Genitalien empfehlen.

Der Arzt darf aber kein „Nur-Specialist", er muss ein tüchtiger praktischer Arzt sein, der womöglich schon in der Praxis, namentlich als Krankenkassenarzt thätig war[1]). Für klinische Assistenten dürfte eine poliklinische Stadtthätigkeit der entsprechende Nothbehelf sein. Diese Schule treibt dem neu approbirten Medicus den Dünkel aus, mit welchem er die Universität verlässt, und zeigt ihm, dass das Lernen nun eigentlich erst beginnt. Sie entfernt ihn aber auch aus der Sphäre der Frühschoppen und Mensuren und stellt ihn an Krankenbetten, um welche Frauen und Kinder weinen, und es gehören oft starke Nerven dazu, die Wahrheit zu schauen, welche sich nach der Entschleierung des Bildes darbietet, und es zeigt sich, ob der Arzt das Herz auf dem rechten Flecke hat. Er muss verstehen, mit dem Volke umzugehen, seine Sprache, seine Gedankenwelt kennen, denn nur dann kann er es

---

[1]) „Noch nie gab es einen grossen Heilkünstler, der nicht praktischer Arzt gewesen wäre. Männer, die nichts besitzen als Wissenschaft, werden, selbst wenn ihnen Geist und Kraft nicht fehlt, zu Narren, sobald sie in das Leben eintreten und auf das Leben einwirken wollen, ohne die Anwendung ihrer Mittel praktisch gelernt zu haben". Perthes an Jacobi. S. Perthes, „Friedrich Perthes' Leben". Gotha 1896. Bd. 1. S. 142.

beeinflussen, sein Vertrauen gewinnen. Weder militärischer Ton, noch ein feudales Sichherablassen zur Plebs ist das Richtige. „Die Qualität des Tuberculosearztes richtet sich weniger nach seiner Kunstfertigkeit in der Wahrnehmung minutiöser physikalischer Feinheiten, als nach seiner Fähigkeit, die Psyche der Kranken richtig zu erfassen und consequent zu leiten“ (Heinzelmann). „Er muss jede Seite des Gemüthslebens des Kranken kennen und verstehen, auf sein Fühlen und Denken einzugehen“ (Meyer). Man kann daher mit Recht wie Hohe von einem innigen Verhältnisse zwischen Arzt und Kranken reden, wobei es dem ärztlichen Tacte zukommt, unter dem vertraulichen Verkehre Autorität und Disciplin nicht leiden zu lassen. Strenge am richtigen Orte, Geduld mit der krankhaften Selbstsucht, dem Leichtsinne, ja der auf Unkenntniss beruhenden Undankbarkeit, das ist auch ärztliche Thätigkeit, welche sich freilich nicht nach „Arbeitsstunden“ messen lässt! Ein dankbarer Händedruck beim Abschiede und eine Thräne im Auge eines Mannes mit schwieliger Hand ist ein Lohn, der über manches hinweghilft. Ich möchte im gleichen Gedankengange noch die Forderung aufstellen, dass der Heilstättenarzt verheirathet sei: das Vertrauensverhältniss ist ein anderes, als zu jungen ledigen Aerzten.

Der Arzt soll ferner mit der Hygiene, der öffentlichen wie der privaten, sich bekannt gemacht haben; er muss über die Lehren über den Krankenhausbau, die Milch- und Viehhygiene (Tuberculose!), über die Maassregeln zur Bekämpfung der Tuberculose in der Heimath und in anderen Ländern, über Hygiene der Nahrungsmittel, der Conserven und dergleichen, über Trinkwasserfrage und Abfuhr der Abfallstoffe, kurz über das ganze Gebäude der öffentlichen Hygiene orientirt sein. Er soll die Gewerbehygiene und die Beschäftigungsarten der Werkstätten nicht nur aus Büchern kennen, sondern sich persönlich von all diesen Dingen überzeugt haben (Ferienausflüge und -Studiengänge!), er soll in allen Fragen der persönlichen Gesundheits- und der Krankenpflege vollkommen bewandert sein, ja, es auch verstehen, darüber gemeinverständlich zu reden und zu schreiben. Endlich muss man von ihm Kenntniss der in Betracht kommenden Gesetze, des Verwaltungsmodus und einiger volkswirthschaftlicher Grundzüge zur Beurtheilung des ganzen Volksheilstättennutzens verlangen.

Nun der andere Zweig seiner Thätigkeit: er soll die oberste Instanz auch in der Verwaltung und dadurch der „Oberbefehlshaber“ des ganzen Heilstättenbetriebes sein. Die Verwaltung mag durch einen Verwalter oder eine Schwester geführt werden (s. unten), diese Person muss dem Arzte unterstellt sein. Die Stellung des Arztes muss so sein, „dass er sämmtliche den Kranken umgebenden und betreffenden Verhältnisse gleichmässig und vollständig beherrschen und gestalten kann“ (Meissen). „Die Stellung des dirigirenden Arztes muss eine sehr selbständige, mit weitgehenden Vollmachten ausgerüstet sein; er muss auch die Spitze der Verwaltung bilden, weil nichts in derselben ohne Bedeutung für die Kranken, weil zudem die einmal nöthige Disciplin und der unbedingte

Gehorsam schon durch das Gefühl der Kranken leiden wird, der ärztliche Leiter der Anstalt habe nicht jede erwünschte Machtvollkommenheit" (Wolff), ein Wort, welches ich erfahrungsgemäss unterschreibe. Wenn Nahm sagt, dass sich der Arzt um die kleinsten Sorgen der Leute kümmern soll, seien diese ärztlicher oder privater Natur, so fasst das natürlich ein — ich sage nicht „coordinirter", sondern — dem Arzte nicht subordinirter Verwalter als Eingriff in seine Machtsphäre auf. Und von Unkenntniss der Stellung des Arztes zur Ernährung des Kranken und seines Einflusses auf die Küche, wo der Arzt so bekannt und „zu Hause" sein soll, wie in seinem Sprechzimmer, zeugt es, wenn der Verkehr dahin nur durch einen Inspector, den „directen Vorgesetzten der Küche", möglich ist. „Die Küche spielt, oder sollte doch in der Krankenpflege eine weit wichtigere Rolle, als ihr noch an manchen Orten zu Theil wird, spielen", sagt Rubner. Wenn ich hier fordere, dass dem dirigirenden Heilstättenarzte alle Angestellten untergeben sein sollen, so befinde ich mich, wie ich weiss, in Gesellschaft aller Sachverständigen, und bin der festen Ueberzeugung, dass dort, wo es anders ist, die Zeit auch noch die Lehrmeisterin sein wird.

Will man einen tüchtigen Arzt bei solchen Anforderungen an eine wohl meist etwas einsam gelegene Heilstätte fesseln, so dass er ihr, verzichtend auf manches, was dem Stadt- oder auch dem Landarzte das Leben angenehm macht, seine ganze Kraft widmet, so soll man ihn auch so stellen, dass er für Gegenwart und Zukunft sorgenfrei ist, um nicht immer nach besser dotirten Stellen Ausblick halten zu müssen. Es muss hier constatirt werden, dass das mancherorts festgesetzte Anfangsgehalt von 3600 Mk. für einen Arzt, der 5 Jahre studirte und dann sich noch mehrere Jahre in der oben geschilderten Weise ausbildete, ganz unwürdig ist. Der Arbeiter ist seines Lohnes werth; verlangt ihr Vereins- etc. Vorstände begeisterte Hingabe und nicht handwerksmässiges Arbeiten, so „lohnt" den Arzt nicht wie einen Handwerker! In der westfälischen Heilstätte Altena beträgt das Anfangsgehalt 7000 Mk., die Norddeutsche Knappschaftspensionskasse in Halle baute neben ihrer Heilstätte in Sülzhayn ihrem Arzte eine Privatheilanstalt von 10 Betten. „Wie du mir, so ich dir". Ich glaube, dass mein Vorschlag, die Stellen nach etwa 10—15 jähriger Thätigkeit mit einer Pension auszustatten, sich mit der Zeit zur Erlangung eines stabilen Aerztestammes bewähren wird. Ueber die Arztwohnung wurde schon gesprochen, für den ganzen Betrieb, für die Kranken einerseits, die Familie, die Kinder, die Dienstboten selber andererseits ist eine Verlegung dieser Räume in das eigentliche Anstaltsgebäude nicht empfehlenswerth. Man baue ein „Doctorhaus" und zwar so gross, dass der Arzt einige Privatbetten stellen kann: häufiger Arztwechsel, der für die Anstalt nie gut ist, wird dann nicht vorkommen. Dass der Arzt, wenn die Anlage vorhanden ist, Heizung, Beleuchtung, Dampfwäsche, Wasserleitung frei bekommt, dass er Anstaltswagen, -pferde, -boten, -Vortheile bei Massenbezug von Waaren u. s. w. benutzen darf, sei nur erwähnt.

Zurückweisen möchte ich eine Bemerkung Schnyder's, dass die Heilstättenärzte sich aus tuberculösen, früheren Patienten recrutiren würden: die Stellen sind so wenig Sinecuren, dass einer schon eine gut verheilte Tuberculose haben muss, um den Anforderungen gewachsen zu sein.

Ueber die Zahl der Aerzte ist folgendes zu sagen: die Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte und ebenso der Deutsche Aerztetag verlangte schon früher einmal für 100—120 Kranke einen dirigirenden Arzt und zwei Assistenten; in London kommt auf 50 Kranke ein Arzt. Schultzen, der auf der letzten Versammlung obiger Gesellschaft in Braunschweig die Stellung des Arztes eingehend besprach, will für 50—60 Kranke einen Arzt haben, also bei 100—120 ausser dem dirigirenden einen Assistenzarzt. Das dürfte genügen. Ein Arzt kann die mit solcher Anstalt verbundene Arbeit gar nicht bewältigen. „Man glaubt immer noch, die Thätigkeit eines Volksheilstättenarztes sei ein Vergnügungsposten. Er brauche bloss den Kranken in der Frühe zu fragen, wie geht es? und ihn alle paar Wochen zu untersuchen, damit sei die Sache erledigt. Ich möchte nur wünschen, dass die Herren, die so sprechen, sich einmal ein Jahr lang mit 80—100 Lungenkranken herumplagen müssten. Dann wird keiner mehr die Vorstellung haben, dass ein Arzt allein 100 Kranke behandeln kann", sagte Nahm in Franfurt a. M. (Schriften der Centralstelle etc. No. 12. Seite 143).

Er hat ja nicht nur zu untersuchen, Kehlköpfe, Magenblutungen, accidentelle Dinge zu behandeln (z. B. tägliche Massage eines Patellarbruchs!), er hat nicht nur die grosse Menge der Sputum-, Urin-, Blutuntersuchungen vorzunehmen, die Krankengeschichten und sonstigen Einträge zu führen, zu correspondiren, Jahresberichte zu bearbeiten, er soll auch die Hydrotherapie leiten, die Liegecur regeln und überwachen, ebenso die Diät, alle Hausräume und Einrichtungen revidiren, die Spaziergänge anordnen, eventuell controliren und selbst theilweise begleiten, ja er soll auch den geringfügig erscheinenden Handlungen, der Art des Essens und seines Gegentheils, ferner des Zähneputzens, des An- und Auskleidens und dergl. seine Aufmerksamkeit schenken. Das Wichtigste bleibt aber die paedagogische Behandlung. Das Abhalten von Schädlichkeiten und die hygienische Erziehung wird allerseits als eine Hauptaufgabe der Heilstätten angesehen. Dazu bedarf der Arzt, wie Dettweiler sagt, einer Schäferhundsnatur, er soll „immer überall" sein; „den einen antreiben, den andern zurückhalten, den Indifferenten durch Strenge, den Weichmüthigen durch humanes Wesen erziehen und bilden, der psychischen Behandlung, der Berücksichtigung des Charakters eine Hauptrolle zutheilen, das bezeichnet den richtigen Lungenarzt". Dazu giebt es Rath zu ertheilen, Anfragen zu beantworten, ja Gesuche und Briefe zu entwerfen, Streit zu schlichten u. s. w. Will man aber die Kranken über ihren Zustand und über die hygienisch richtige Lebensweise belehren, so erfordert das alles so viel Zeit und so intensives Aufgehen in seinem

Berufe, dass man mit Michaelis sagen kann: „persönlich kann von dem leitenden Arzte (allein) ein solche schwierige Aufgabe nicht gelöst werden, er müsste denn von Morgens früh bis Abends spät sich seinen Kranken widmen und würde schon bei einer Zahl von 20 Kranken am Abend, nach vollendeter Arbeit, die Ueberzeugung gewinnen müssen, dass er ungleich und deswegen ungerecht verfahren ist“.

Nun hat aber doch der Arzt auch noch anderes zu thun. Ich sehe ab von den doch auch nöthigen Erholungspausen, der Zeit, welche er seiner Familie und seinem Hause widmen möchte, welche er etwaigem geselligen Verkehre und den — oft recht häufigen — Repräsentationspflichten, Führungen etc. zuwenden muss. Aber die wissenschaftlichen Studien, die Verfolgung der Tuberculosefragen, die doch wieder der Praxis und somit seinen Kranken zugute kommen, darf er nicht vernachlässigen, will er nicht zur wissenschaftlichen Mumie werden. Dass die Thätigkeit einseitig sei, wie Spindler erklärte, ist sicher nicht der Fall, wenn man sie richtig auffasst. „Die Anstalt sollte eine Stätte für das wissenschaftliche Studium der Tuberculose bilden. Giebt es doch hier noch eine Menge der wichtigsten Fragen zu erledigen. Ich erinnere, sagt v. Schroetter in einem Vortrage, Sie nur an den Einfluss der Mischinfectionen und dergl. Im Laboratorium sollen daher in der That alle Behelfe vorhanden sein, wie sie für histologische, bacteriologische und chemische Untersuchungen nothwendig sind“. Wurde doch das Royal Hospital for diseases of the chest in London gegründet „for the study and treatment of consumption“ (vergl. mein Buch über Volksheilstätten, Seite 88). Es ist keineswegs ein Beweis von Unsicherheit, wenn ein Arzt seine Untersuchungsergebnisse von anderer Seite controlirt sehen möchte, vielmehr wird ihnen dadurch nur die allzu subjective Färbung genommen und ihr wissenschaftlicher Werth erhöht.

Man hat daher auch meist für genügende ärztliche Kräfte gesorgt, Ruppertshain hat zwei Aerzte, Davos ebenso, Grabowsee gar drei, Hellersen, Sülzhayn, Loslau (nach voller Belegung) werden zwei bekommen; Oderberg hat für 120 Kranke nur einen Arzt.

Der Frage wissenschaftlicher Thätigkeit in Volksheilstätten hat man meines Erachtens lange noch nicht die ihr gebührende Beachtung geschenkt. Die Volksheilstätten müssen — wie die Privatanstalten und diese ergänzend — wirkliche Centralstudienstätten für Tuberculose werden, die bacteriologischen Fragen sollen in ihnen, wo sich der betreffende Arzt ganz diesem Specialtheile widmen kann, beantwortet werden; man denke nur an die neuerdings wieder aufgetauchte Frage der nicht bacillären Phthise, an die durch Flügge's neue Veröffentlichungen nöthig gewordenen Untersuchungen, an die Bedeutung der Röntgenstrahlen, der Heredität u. v. a. m. (s. mein Vortrag. Therapeut. Monatshefte 1897. No. 11. S. 578). Jede Volksheilstätte und Heilstätte überhaupt sollte mit der inneren Klinik und mit dem hygienischen Institute ihrer Landesuniversität in enger Verbindung, in regem Gedankenaustausch stehen.

Von der Ernährung gilt das, was Blumenfeld (Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1898. No. 3) sagt: „Die Frage würde wohl kaum zu so langwierigen Debatten Anlass gegeben haben, wenn die wissenschaftliche Begründung der Diätetik des Phthisikers nicht auf so wenig sicherem Boden stände". Unsere jetzige Diät beruht auf einer so rohen Empirie, dass wir noch nicht einmal viel über die Küchenrecepte, geschweige denn über Ausnutzung der Nahrung wissen. Hier müssen lange durchgeführte Stoffwechselversuche, wie sie der genannte Autor begonnen hat, fortgesetzt, dazu aber die nöthigen Kräfte angestellt werden. Auch eine genaue Beachtung der meteorologischen Vorgänge ist nöthig, um die auch scheinbar mehr auf Kalender-Bauernregeln, als auf langjährigen Beobachtungen beruhenden Ansichten darüber zu klären. Auch die sociale und volkswirthschaftliche Bedeutung der Tuberculose muss bearbeitet, eine genaue statistische Verfolgung angestellt werden. Dass all dies von einem Arzte, ja wohl kaum mit einem Assistenten bewältigt werden kann, leuchtet jedenfalls ein. Darum sollte der Staat, der ja sonst die Volksheilstätten pecuniär nicht unterstützt, wenigstens dieser wissenschaftlichen Seite seine Sorgfalt zuwenden und staatliche Assistenten anstellen, denen ja die einzelnen Heilstätten gewiss gern freie Station gewähren würden. Auch die Militärbehörden würden mit Vortheil solche Stellen zu „Commandos" junger Aerzte benutzen. Wenn erst eine Reihe von Jahren ins Land gegangen und in der Heilstättensache eine gewisse Stabilität eingetreten ist, werden die Leiter der Heilstätten — vielleicht in den studentischen Sommerferien — Curse abhalten können, um Studirende oder junge Aerzte mit den zahlreichen, die Tuberculose betreffenden Fragen bekannt zu machen (Curschmann und Penzoldt unternahmen Ausflüge mit ihren Studenten nach Reiboldsgrün).

## V. Die Behandlung der Lungenkranken.

### 18. Hygienisch-diätetische Behandlung.

Es kann hier nicht der Ort sein, ein Gebäude der Gesammttherapie der Lungenkranken aufzubauen. Vielmehr wird es nöthig sein, die Behandlung, soweit sie sich nothgedrungen hier eingliedert, in grossen Zügen zu zeichnen. „Le bacille a fait oublier le malade, et la recherche du spécifique de la phthisie perdre de vue le traitement du phthisique", sagt Léon-Petit. Man muss sich wieder mehr als es zu manchen Zeiten und mancherorts geschah, bewusst werden, dass man kranke Menschen, Individuen, zu behandeln hat, nicht eine „Krankheit" oder gar „Fälle". „Die Beseitigung einzelner Symptome zum Ziel der Behandlung nehmen, ist Handwerk; dagegen die Gesammtheit der Krankheitserscheinungen seinem Handeln zu Grunde legen, heisst individualisiren" (Fröhlich, Die Individualität der Kranken etc. Zeitschrift für Krankenpflege 1898. No. 1).

Was die Behandlung selbst anlangt, so ist ja Gerhardt's Wort vom Bankerott der arzneilichen Therapie „geflügelt“ geworden, und wenn auch in einzelnen Kliniken mit neueren Mitteln Versuche angestellt oder manche Mittel von dem und jenem Anstaltsleiter angewendet werden, so haben solche nur den Werth symptomatischer Mittel, eine Beeinflussung der Tuberculose selbst ist davon nicht zu erwarten. So interessant es nun auch sein mag, in Anstalten enthusiastisch angepriesene Heilmittel zu versuchen, so ist doch damit in Volksheilstätten die grösste Vorsicht geboten. Denn diesen Kranken steht meist nur eine beschränkte Wochenzahl zur Verfügung; diese aber mit Versuchen auszufüllen, die — das liegt im Begriffe „Versuch“ — ebenso gut fehlschlagen, ja schaden, als glücken können, heisst, die Volksheilstätten aus socialhygienischen Instituten in blosse Studienlaboratorien verwandeln. Es ist daher gar nicht so „selbstverständlich“, dass, wie Meyer sagt, in diesen Anstalten auch Versuche mit dem neuen Tuberculin (und ähnlichem) anzustellen sind.

Nehmen wir vielmehr das, was erprobt ist und wenden es auf unsere Schutzbefohlenen an. Wir fassen die Therapie unter dem Namen hygienisch-diätetische zusammen, und wenn wir mit allen Autoritäten, voran mit v. Leyden und v. Ziemssen u. v. a., lehren, dass nur diese zu einem befriedigenden Ziele führt, so schreiten wir einer Bewegung voran, welche bestrebt ist, den kranken Körper immer mehr mit den natürlichen Heilmitteln, Luft, Wasser, Ernährung, psychischer Beeinflussung u. s. w. zu behandeln, ohne in geeigneten Fällen eines symptomatischen Mittels der Pharmakopoe zu entbehren und namentlich ohne dem Laiencuriren, den Curpfuschern, die uns, die auch die genannten Professoren heute laut preisend als die ihrigen bezeichnen, die geringsten Concessionen zu machen.

Die Therapie ist in Dettweiler's Schriften, ist von Wolff und neuerdings in Penzoldt's Arbeit im grossen Handbuche (Penzoldt und Stintzing) klassisch geschildert worden. Es sollen, sagt Meissen, durch dieselbe „Spannkräfte im Organismus freigemacht werden, welche geeignet sind, den von dem Krankheitserreger in Bewegung gesetzten Kräften entgegen zu wirken und die natürlichen Heilkräfte, deren Vorhandensein uns die pathologische Anatomie der Tuberculose zeigt, zu unterstützen.“ (Sanatorium Hohenhonnef etc.). Dies kann aber mit Erfolg nur bei Kranken geschehen, deren Leiden noch nicht soweit vorgeschritten ist, dass der Körper nicht noch im Stande wäre, die gewünschte Reaction zu liefern. Dass darum nur Initialfälle aufgenommen werden können und dass ferner deshalb für eine überall mögliche frühzeitige Erkennung der Krankheit gesorgt werden muss, wurde schon oben erörtert. Man wird aber auch Kranke mit schweren Complicationen, namentlich Lues, Albuminurie, schwerem Alkoholismus, trotz geringer Lungenerscheinungen eingetretener Abmagerung mit Kräfteverfall, starken Durchfällen nicht aufnehmen. Diabetiker halte ich mit Egger u. a. für ungeeignet, während Blumen-

feld ihrer Ausschliessung entgegentritt. Dass man, was derselbe Autor räth, Kehlkopfkranke doch annimmt, wenn ihr Lungenleiden noch im Anfange ist, darf man anerkennen, denn es ist selbstverständlich, dass der Heilstättenarzt einigermaassen Kehlkopfspecialist ist. Nachtschweisse, welche einige als Abweisgrund betrachten, verlieren sich oft sehr schnell in der Anstalt, Kranke, welche starke Blutungen in jüngster Zeit hatten, eigenen sich für die Volksheilstätte mit ihren eigenartigen Verhältnissen ebenfalls nicht.

Wenn Blumenfeld klagt, dass die eigentliche Behandlung in Volksheilstätten im Gegensatze zur Organisation — und, fügen wir hinzu, zu Privatanstalten — noch wenig Bearbeiter gefunden habe, so liegt das in der Kürze der Zeit, während welcher solche Heilstätten bestehen. Es ist anzunehmen, dass der neuerdings angeregte und geplante Zusammenschluss der Heilstättenärzte auch hier, wenngleich fern von jedem Schema, doch gewisse Normen schaffen wird.

## 19. Luftcur.

Der erste Factor ist die Luft. Reine Luft bei Tag und Nacht. Darum in allen Zimmern gute Lüftung, namentlich sind Nachts die oberen Klappfenster offen zu halten, wozu, wenn nöthig, zu heizen ist. Im Hause ist streng nach der Hausordnung jeder Staub zu vermeiden, alles nur feucht zu reinigen, keine Decken oder dergl. sind auszuklopfen oder zu schütteln. Peinliche Sauberkeit ist die Devise des Hauses. Der Luftgenuss am Tage ist wie ein Medicament aus dem Schranke der Venena zu dosiren, und dem Arzte, der mir auf meine Auseinandersetzung der Behandlung Lungenkranker entgegnete: „Also, demnach behandeln Sie sie garnicht!“ ist zu sagen, dass für Lungenkranke die Luft ein sehr eingreifendes Arzneimittel ist, dessen planloser Genuss recht schädlich werden kann. Dasselbe gilt vom Lichte, welches überall, seine antibacilläre und psychisch anregende Wirkung entfaltend, ungehindert zutreten soll (Hueppe räth Lichtbäder); der Lichtkatzenjammer der Reconvalescenten ist ja bekannt. Den Kopf schützt man vor Besonnung; Sabourin in Canigou giebt (nach Knopf) den Kranken auch beim Ausgehen Schirme, da Sonnenbrand Fieber erzeugen könne. Da die Luft in verschiedener Weise genossen wird, empfiehlt es sich dafür, wie für die ganze Cur dem Kranken einen vorgedruckten und für ihn ausgefüllten Tagesplan in die Hand zu geben, wie er z. B. weiter unten angefügt ist. Die den Lungenheilstätten specifische Art ist die Liegecur, wie sie zuerst 1875 von Fiedler in Dresden angewandt wurde. (Blumenfeld).

Eine offene, windgeschützte Liegehalle kann keine Heilstätte entbehren, sei es, dass dieselbe in einer einfachen Veranda besteht, sei es, dass sie mit mehr „Chicanen“ versehen ist bis zum drehbaren Falkensteiner Pavillon. So leicht die Verordnung solches Liegens scheinbar ist, so schwer stellt es sich in der That heraus, das rechte Maass zu

treffen. Man darf auch hier nicht Fanatiker sein, sondern muss individualisiren. Man wird Anfangs den Kranken mehr liegen lassen, ihn dabei beobachten, namentlich auch seinen Charakter studiren, um zu wissen, wieviel man ihm später körperlich und psychisch zutrauen darf; namentlich wird man Bluter eher etwas länger im Sessel halten. Dettweiler lässt seine Kranken einen jour médical von 7 bis 11 Stunden abliegen, bis 10 Uhr Abends; bei Wolff sollen die Kranken alle Tagesstunden, zu welchen sie nicht essen oder laufen sollen, liegen; Wärmflaschen und Cognac oder Nordhäuser bekommen sie gegen die Kälte (!), auf die Aufklärung, warum sie liegen müssen, wird Werth gelegt. Weicker wieder hat für die Insassen des Krankenheims einen grossen Liege-Stundenplan aufgestellt, sodass jeder täglich einmal dran kommt. (S. dazu oben.) Ein Hauptgegner des Liegens ist Volland mit einigen Anhängern. Extreme sind selten richtig. Wird man in Privatanstalten, wo die Kranken lange bleiben und meist auch schwerer leidend sind, besser allmählicher die Liegecur verlassen, so muss der Volksheilstättenarzt bedenken, dass er die ganze Cur auf etwa 13 Wochen zu vertheilen hat, dass — ich stelle nicht etwa ein Schema auf — das erste Drittel mehr der Liegecur, das letzte der mehr thätigen Vorbereitung auf die harten Attaquen des Lebens voll Mühe und Arbeit gewidmet wird.

Anfangs halbe Stunden, später mehr geht der Kranke spazieren und zwar zuerst möglichst auf ebenen Wegen, noch unter strenger Beobachtung, um mit steigender Kraft zu grösseren Steigungen überzugehen. Die Umgebung der Heilstätte muss daher ein kleiner „Terraincurort“ sein; am besten wäre es, die Wege der einzelnen Grade, welche alle von der Heilstätte an aufwärts führen sollen, nach Art der Touristenzeichen durch bunte Punkte an den Bäumen zu kennzeichnen. Das Bergsteigen bildet ebenso wieder einen Streitpunkt, wie das Liegen, worauf hier nicht im Einzelnen eingegangen werden kann. Es kommt — vielleicht mit Ausnahme von Blutungen (und diese betreffend vergl. Blumenfeld's Arbeit, Therapeut. Monatshefte 1896, No. 1, Seite 8) — hier wirklich weniger auf den localen Lungenbefund, als auf den Gesammtzustand und die Herzkraft an. „Denn wir haben es beim Steigen nicht mit einer Mehrarbeit der Lunge im rechten Sinne des Wortes zu thun; — wohl aber haben wir es mit einer Arbeit des gesammten Muskelsystems, vor allem des Herzens und der Thoraxmuskeln zu thun, deren Erschöpfung sich sofort in localen und allgemeinen Störungen, namentlich in denen des Centralnervensystems geltend macht.“ (Dettweiler). Darin schaden sich Kranke, die aufsichtslos in Sommerfrischen oder Badeorte gehen, oft so sehr, dass sie diese Mahnungen ihres Herzens nicht beobachten, darum ist die tägliche ärztliche Controle der Lungenkranken erforderlich.

Ist das Herz allmählich erstarkt und geübt, dann kann man dem Kranken eher etwas zumuthen, ihn sogar Schlittschuhlaufen lassen (Grabowsee) oder ihm den Schneeschuhsport, leichte Ballspiele und

dergl. gestatten. Es ist hier ein Wort über die Athmungsgymnastik zu sagen, soweit sie nicht beim Gehen und Steigen unwillkürlich, sondern systematisch durch Tiefathmen und besondere Massnahmen geübt wird. Diese Athemgymnastik hat ihre eifrigen Gegner, voran Volland, welcher die Spitzentuberculose durch mangelhafte Ernährung dieser Lungentheile erklärend sagt, dass das Tiefathmen erst recht die Blutzufuhr gerade zu den Spitzen verringert und so eher schadet als nützt. Er wie andere (Liebermeister, Deutsche med. Wochenschr. 1888, No. 50. Bäumler, ebenda 1893, No. 1. Penzoldt a. a. O.) vergleichen die Tuberculose der Lungen mit derjenigen der Gelenke oder mit offenen Wunden, welche man ja auch ruhig lagere und nicht zerre und bewege. Mehr Stimmen erheben sich für Anwendung einer gut dosirten Gymnastik. Voran Hughes, wenn er sagt: „Ich wage die Behauptung, dass sämmtliche chronische Phthisiker mit Athmungsgymnastik behandelt werden sollten", und nur Fieber und Blutung als Gegenanzeige gelten lässt. Ihm stimmt Schultzen (Grabowsee) in der Meinung bei, dass Infiltrate durch diese Behandlung schneller beseitigt werden können. Von Paul Niemeyer angefangen, der ja den Begriff der Atmiatrie schuf, hat die Tiefathmung viele Anhänger. v. Ziemssen sieht den Nutzen in der Verhinderung des Fortschreitens der localen Affection und im Unschädlichmachen von Bacillen durch energische Zufuhr kalter Luft und Dettweiler sagt: „Der Nutzen des Tiefathmens liegt nicht allein in der Ventilation der Lunge, der Beschleunigung des Gaswechsels und in der Besserung der Circulation, sondern bei vielen in einem Wiedererstarken der Thoraxmuskeln, besonders der oberen Apertur, deren halbatrophischer Zustand eine Semiatelectase der Spitze und damit das disponirende Moment der chronischen Pneumonie gesetzt hatte." Weber, Jacubasch, die Volksheilstättenärzte Nahm, Weicker, Schultzen (Tiefathmen mit Hochheben eines Armes bei pleuritischen Verwachsungen dieser Seite oder mit Rumpfbeuge nach der einer kranken Spitze entgegengesetzten Seite, wobei dieser Arm herabhängt), ferner de Renzi (Athmen im Beugehang an zwei Ringen, eventuell Ueben eines Blasinstrumentes), Witzenhausen (der einen eigenen Apparat angab, Münchener med. Wochenschrift 1895, No. 10) u. v. a. treten für Tiefathmung ein. Man hat wohl bei dieser Frage, die uns die Zerfahrenheit der scheinbar recht einheitlichen Lungentherapie zeigt, mancherlei zu bedenken; einmal, dass die Insassen von Privatanstalten meist schwerer krank sind, als diejenigen der Volksheilstätten, sodass bei letzteren eher mit Athemgymnastik vorgegangen werden darf, als bei ersteren, ferner dass, was ich schon früher betonte, ein Unterschied gemacht werden muss, zwischen dem üblichen ganz ungenügenden Athmen des Durchschnittsmenschen und den sportsmässigen Uebertreibungen, wie sie Liebermeister u. a. schildern, endlich, dass „die allgemeine biologische Betrachtung uns überall zeigt, dass graduell gesteigerte Reize die Zelle zur Höhe der Leistungsfähigkeit bringen, während dieselbe einer grossen, unvermittelt an sie herantretenden Inanspruchnahme gegenüber erlahmt und durch sie geschädigt wird."

(Blumenfeld). Nach dem schon über die Liegecur Gesagten, muss sich der Volksheilstättenarzt im Gegensatz zu dem mit längeren Zeiträumen operirenden Privatanstaltsarzte bewusst sein, dass er die — oft recht schwere — Aufgabe hat, nach kurzer Zeit arbeitsfähige Menschen zu entlassen. Also Anfangs Ruhe, allmählich Gymnastik, gegen Ende forscheres Vorgehen scheint mir da das Richtige zu sein. Nach diesem Gesichtspunkte dosire ich meine Tiefathemverordnungen, lasse Steigen, Schritt- oder Tactathmen nach Oertel erst in der letzten Zeit ausführen, in welcher ich auch körperliche Arbeit (z. B. Schneeschaufeln) gestatte. Eine für die Kranken erfahrungsgemäss sehr angenehme und oft als Gunst erbetene Art der Athemgymnastik ist das Singen, was auch Drozda in seinem Moskauer Vortrage empfiehlt (vor jeder Mahlzeit $1/2$ Stunde). Die Heilstätte soll daher ein Musikinstrument und eine kleine Sammlung von Liederbüchern haben. (Vergl. Barth, über den gesundheitlichen Werth des Singens. Archiv für Laryngologie VI. 1. 1897. Nach Haeser hat der Deutsche 3222 ccm Vitalcapacität, der Sänger 5000, die Sängerin 4000. Poiseuille fand, dass durch Singen die Geschwindigkeit und Capacität des Lungenblutstromes bei der Ausathmung vermehrt, bei der Einathmung vermindert wird. Nach dem Bier'schen Gesetze von der Blutfülle ist Singen demnach vortheilhaft. Stoffwechsel und Verdauung werden extra noch belebt. In Leipzig waren von 51 gestorbenen Taubstummen 32 der Tuberculose erlegen).

Auf zwei Punkte ist noch aufmerksam zu machen, nämlich erstens, dass nur durch den Mund geathmet wird. Sänger (Magdeburg) sagt in einem Vortrage (Referat Münchener med. Wochenschrift 1898, No. 5, Seite 157), nachdem er auf die Wichtigkeit der Nasenathmung aufmerksam gemacht hat, dass die Nase ein wichtiges Schutzorgan sei, welches die Luft vorwärmt, anfeuchtet, filtrirt. „Ferner haben seit einiger Zeit französische Forscher darauf aufmerksam gemacht, dass die normale Nase einen sehr wirksamen Schutz gegen die bacterielle Invasion der Luftwege bietet, da das normale Nasensecret bactericid wirkt.“ Die Heilstätte soll daher genügendes Instrumentarium besitzen, um verstopfte Nasen durchgängig zu machen. (Galvanokaustischer Anschlussapparat). Bei solchen, welche mehr gewohnheitsgemäss, namentlich in Folge früherer adenoider Wucherungen durch den Mund athmeten, ebenso auch bei den zum Schweigen verurtheilten Kehlkopfkranken, hat sich mir Hebrok's „Lungenschoner“ sehr gut bewährt, der gerne getragen wird (s. meine Notiz: Reichsmedicinalanzeiger 1898, No. 2. Auch für Fabrikarbeiter als „Respirator“ oder besser Staubschutz, weil unsichtbar, sehr empfehlenswerth). Ferner ist den Leuten beizubringen, dass sie namentlich gut ausathmen, das Einathmen kommt dann von selbst. Lässt man jemand tief ein- und dann ausathmen und drückt dann von vorn und hinten seinen Bauch kurz zusammen, so kommt noch ein laut blasender Luftstrom heraus; das kann man ihnen bald lehren, dass sie

diesen Rest, „den Schlamm", noch mit herausathmen. (Vergl. Niemeyer's Methode, nach dem Ausathmen laut bis 3 zu zählen, oder Schmidt's „Meine Lungencur mit meinem Lungenstärker").

## 20. Diät.

„Der Magen ist der beste Hilfsapparat der Lunge", sagt Penzoldt, darum ist die Darbietung einer richtigen Diät einer der Hauptpunkte einer Heilstätte. Leider liegt die Wissenschaft von der Ernährung Lungenkranker noch sehr im Argen[1]). Wir bewegen uns in allgemeinen Erfahrungssätzen und Analogien, beobachten und registriren mit Entzücken die Zunahme des Körpergewichts, ohne uns wissenschaftlich recht Rechenschaft von unserem Handeln geben zu können. Blumenfeld's Arbeit „über diätetische Verwerthung der Fette bei Lungenkranken" (Zeitschrift für klinische Medicin. XXVIII. H. 5 und 6) sollte nunmehr doch schon zahlreiche Genossinnen haben und würde es auch, wenn nicht die Heilstätten zumeist so sparsam mit Assistenten und Hilfsmaterial ausgestattet wären, dass natürlich solche zeitraubende Untersuchungen ganz unmöglich wären. Es ist meines Erachtens aber die Pflicht aller solcher Institute, mitzuhelfen, dass die Tuberculose immer mehr erforscht und alle Bedingungen erkundet werden, welche sie eindämmen können, wozu, sit venia verbo, das reiche Material benutzt werden muss. (S. oben „Wissenschaft".)

Dettweiler legt als seine Ansicht etwa folgendes dar: von jeder Schablone absehen und, sogar den Launen des Magens folgend, individualisiren, „sich vom Effect des gestrigen Tages, der letzten Mahlzeit leiten lassen"; keine „blande" Diät, sondern eine reichliche, abwechselnd zusammengesetzte Kost, die an die Verdauungskraft allmälig immer grössere Zumuthungen stellt; dazu ein gewisser psychischer Zwang zum Essen. Mit Ausnahme der Milchmenge, über welche noch besonders zu sprechen sein wird, ist demgemäss die Kost in Falkenstein (so auch Görbersdorf, Hohenhonnef) die eines sehr guten, reichlichen Mittagstisches in ausgezeichneter Zubereitung, während andere Heilstätten einen einfachen gut bürgerlichen Tisch bieten. Andere Heilstätten haben nach französischem Muster die Uebererernährung angenommen, nicht im Sinne Dettweiler's, welcher selbst sagt: „Jede Ueberladung des Magens rächt sich, jede wahrhafte Dyspepsie wirft uns wieder zurück". Wer die Kostordnung der Volksheilstätte Halila in Russland liest (Deutsche med. Wochenschrift. 1897. No. 9): „um 7½ Uhr Morgens (im Bett) ein Glas Hafertumm (warm); um 8½ Uhr ein Glas Milch; von 8—9 Uhr erstes Frühstück: Milch, Thee, Kaffee, Cacao, Brot, Butter, Eier und Aufschnitt; von 10—12 Uhr (auf der Liegehalle) Milch oder Wein; von

[1]) Dettweiler's angekündigte Arbeit in v. Leyden's grossem Handbuche der Diätotherapie, welche sich sicher ausser auf langjährige Erfahrung auch auf Stoffwechselversuche stützen wird, ist leider zur Zeit noch nicht erschienen.

$12^1/_2$—$1^1/_2$ Uhr zweites Frühstück, zwei warme Speisen: Fleisch, Fisch, Gemüse, Mehlspeise, Milch, Cognac oder kräftigen spanischen Wein und ein Glas Thee; von 3—4 Uhr Milch oder Wein; von $5^1/_2$—$6^1/_2$ Uhr Mittagbrot, drei warme Speisen: Suppe, Fleisch, Compot, Gemüse, Salat, Nachtisch, Rothwein, spanischer Wein oder Bier, Kaffee; von 8—9 Uhr Abendbrot: Thee, Milch, Brot, Butter, Eier, kalter Aufschnitt, Hafertumm; um 10 Uhr (im Bett) ein Glas Milch mit Cognac" — der muss wohl Volland's Wort unterschreiben: „Ich frage: wie lange würde wohl ein gesunder Mensch mit gutem Appetit und normaler Magen- und Darmverdauung so eine Ernährungsweise aushalten, bis er seinen Magen ruinirt und sich selbst zu aller körperlichen und geistigen Thätigkeit unfähig gemacht hat"?

Es wird denn neuerdings auch gegen diese Uebertreibung des Guten Sturm gelaufen, theils mit einfachem Andersmachen (Wolff, Weicker, Volksheilstätten), theils im harten Männerkampfe unter der Führung Volland's. Es kann hier nicht auf die Streitpunkte alle eingegangen werden; giebt es doch da noch mancherlei zu sichten. Ich erwähne nur die von Volland u. a. behauptete Magenerschlaffung durch Ueberernährung, Magenstörungen durch Kreosot, was Weicker bestätigt, die Beobachtung des so oft beobachteten Foetor ex ore und all die damit zusammenhängenden Untersuchungsmethoden. Ueber die in Privatanstalten empfehlenswerthe Diät spricht sich Blumenfeld in seiner Diätetik (S. 8—9) ausführlich aus. Man darf auch in diesen nicht vergessen, dass sich das Publicum doch nur zum Theil aus Millionären zusammensetzt, und dass auch die Privatanstalt die Aufgabe hat, den Kranken in allem so zu erziehen, wie er nach der Heimkehr leben soll. Dieser Gesichtspunkt dürfte an manchen Anstalten die Kost doch um einige „Nuancen" ärmer machen. Vor allem gilt das eben für Volksheilstätten, auch wenn sie kleinbürgerliche Kreise aufnehmen. Hier spielt die Erziehung eine Hauptrolle, denn die Insassen können nicht jahrelang dableiben, und darum muss man ihnen eine Kost reichen, welche sie ähnlich auch später fortsetzen können, gute „Hausmannskost". „Die Lungenkranken, die in der glücklichen Lage sind, sich in Davos so ernähren zu können, befinden sich dabei am allerbesten und machen ganz vorzügliche Curen" (Volland).

Dass man mit solcher Kost (sogar ohne besondere Milchzugabe) recht gute Gewichtszunahmen erzielen kann, zeigt eine mir freundlichst vorgelegte Tabelle Wolff's über 50 Reiboldsgrüner Kranke aller Stadien, der Reihe nach aus den Entlassenen des Jahres 1897 entnommen (ohne besondere Complicationen, genügend langer Aufenthalt). Dieselbe ergiebt bei einem Durchschnittsaufenthalte von 81 Tagen eine Durchschnittszunahme von 5,6 Kilo, als Maxima 13,9 in 63 Tagen, 11 in 175 Tagen, 10,5 in 118 Tagen. Ich selbst habe in der Heilstätte Oderberg bei reichlicher, aber jeder Ueberernährung fernen Kost eine Durchschnittszunahme von 5,96 Kilo bei einem Durchschnittsaufenthalte von 80 Tagen beobachtet, als Maxima 14,7 Kilo in 94 Tagen, 11,3 Kilo in 52 Tagen.

Wir werden dieser Frage bei der Milchernährung nochmals begegnen.

Wie nun eigentlich die Nahrung beschaffen sein soll, rechnete theoretisch Blumenfeld nach dem Gesichtspunkte einer gewissen Uebererernährung so aus, dass 100—140 g Eiweiss (410—570 Kalorien), 150 g Fett (1400 Calorien) und der Rest (700—1000 Calorien) in Kohlehydraten gegeben werden soll. Um diese Theorie in die Praxis umzusetzen, hat er mit Nahm in Ruppertshain eine Zeit lang Wägungen der verabreichten Nahrungsmittel vorgenommen. „Nach Durcharbeitung eines grossen Zahlenmaterials erschienen uns die Fehlerquellen bezüglich der nicht analysirten Nahrungsmittel so gross, dass wir davon Abstand nahmen, aus den exorbitant hoch erscheinenden Nährwerthsummen, welche sich ergaben, Schlussfolgerungen zu ziehen. Es dürfte eine Lücke ausgefüllt werden, wenn dieser misslungene Versuch etwa in der von Meinert, Baer, Prausnitz u. a. in Staatsgefängnissen etc. erprobten Weise, d. h. mit Analyse der Nahrungsmittel neu aufgenommen würde. Blosse Wägungen haben höchstens ökonomischen Werth". Dass die Gewichtszunahme nicht immer gleichbedeutend mit Besserung ist, ebenso wie ein besser genährter Mensch, der sich vorher eine Menge Wasser im Körper anschwemmte, abnehmen kann (Meinert, Ueber Massenernährung. S. 88), lässt auch dieses Kriterium als mangelhaft erscheinen. Und von den theoretischen Berechnungen, auf denen wir jetzt fussen, gilt das, was Meinert fand: „Wie leicht solche Berechnungen zu Täuschungen Veranlassung geben, dürfte man in so unwiderleglicher Weise wohl zum ersten Mal durch unsere Ernährungsversuche erkennen". „Bei all den bisherigen Berechnungen der Kost nach dem Etat oder nach irgend welchen chemischen Analysen sind meist viel zu wenig Abfälle in der Küche in Ansatz gebracht worden, dann hat man mehr oder weniger unberücksichtigt gelassen, dass Rohmaterialien wie Kartoffeln, Hülsenfrüchte, je nach den Jahreszeiten in ihrem Wassergehalt ausserordentlich schwanken und dass endlich die Speisen in ihrer Trockensubstanz wesentlich differiren". „Eine Berechnung der Nährwerthe der Speisen kann ohne gewissenhafte chemische Analyse nicht als maassgebend betrachtet werden. Erst der exacte wissenschaftliche Versuch an einer grösseren Anzahl Menschen und während einer längeren Zeit kann uns Aufschlüsse geben, auf denen aufbauend, wir im Stande sind, ein Urtheil zu fällen, das auf Richtigkeit Anspruch erheben darf" (S. 32—33). Die Folgerungen für unsere Lungenkranken ergeben sich von selbst.

Da also solche Untersuchungen noch mangeln, müssen wir die Kost auf den üblichen Berechnungen aufbauen, was namentlich Weicker mit grosser Sorgfalt gethan hat. (Näheres Zeitschr. f. Krankenpflege. 1896. No. 3—4.) Seine Aufstellungen fussen zumeist auf der Arbeit von Prausnitz (Deutsche Vierteljahrsschrift f. öffentliche Gesundheitspflege. XXV. S. 563), seine Fleischration auf derjenigen von vierzehn grossen Krankenhäusern Deutschlands. Seine Kost gewährt 121 g Eiweiss und 104 g Fett, enthalten ausser in Zuthaten zum Abendbrot etc. in 336 g

frischem = 210 g zubereitetem Mittagsfleisch und 72 g Butter (57 g aufs Brot, 15 g zur Speisenbereitung); Kartoffeln ferner 500 g, Weissbrot 200 g, Milch 1000 g. In Ruppertshain wird für den ganzen Tag 640 g rohes = 400 g zubereitetes Fleisch gegeben (10 pCt. des Einkaufsfleisches darf man für Knochen, Sehnen u. s. w. rechnen), ferner 70 g Butter, 700 g Kartoffeln. Auf Mittag fallen von dem Fleisch 250 g roh = 156 g zubereitet (ich fand daselbst als Mittel aus einer Anzahl Wägungen 116 g). Gemüse giebt man „nach Küchenerfahrung"; es ist darüber von keiner Heilstätte auch nur annähernd Genaues zu erfahren. Brehmer gab viel Gemüse, auch Blumenfeld räth, grüne Gemüse zu geniessen, und zieht namentlich die eisenhaltigen vor, damit eine Frage streifend, welche ich für eine noch ganz offene halte, nämlich die Bedeutung der Nährsalze. Der Kochsalzverordnung, welche Driver empfiehlt, da man das Blut arm an Natronsalzen gefunden habe, hat neuerdings wieder Drozda das Wort geredet.

Die Speiseordnung in Volksheilstätten gestaltet sich in der Praxis mit einigen Abweichungen der einzelnen Anstalten folgendermassen: 1. Frühstück: Milch, Kaffee (Cacao), Buttersemmel; 2. Frühstück: Milch, Butterbrod; Mittags: Suppe, Fleisch, Gemüse, Kartoffeln, Compot oder Salat; Sonntags etwa Mehlspeise; Vesper: Milch oder Kaffee und Butterbrod oder -Semmel; Abends: (Suppe, Kaltschaale), Butterbrod mit Aufschnitt oder eine warme oder eine Eierspeise, auch Hering, Sülze oder dergl., dazu Milch oder Thee, mancherorts Bier (s. u.). Weicker musste in Folge sehr vieler Magen-Darmstörungen viel Extradiäten geben, was in der Heilstätte Oderberg nicht der Fall war.

Einzelne ausländische Heilstätten haben nur drei Mahlzeiten, so das Adirondack Sanatorium in Nordamerika, Canigou in den Pyrrhenäen. Dann aber giebt man früh schon Fleisch und Ei, was Blumenfeld für das Richtige erklärt; unstreitig ist es unlogisch, dem in der Nacht geleerten Magen bis Mittags nur Butterbrod und Milch anzubieten, Fleisch zum zweiten Frühstück hingegen verdirbt den Mittagsappetit. Man wird hier noch einigermassen experimentiren müssen. Nur ein Milch-Butterbrod-Frühstück Vormittags zu geben (Lippspringe), ist doch zu wenig.

Die Kost soll nun gut zubereitet und schmackhaft sein. Ein Fehler in ersterer Beziehung kann wohl einmal vorkommen (Anbrennen, Versalzen), dann soll man ihn aber eingestehen, ihn bei den Kranken entschuldigen und etwas anderes reichen, eventuell lieber kalte Küche und dann zum Abend ein warmes Gericht. Es ist ferner empfehlenswerth, die Speisebereitung derjenigen ähnlich zu gestalten, wie sie in der Heimath der Kranken üblich ist, denn ungewohntes wird mit Vorliebe als „schlecht" bezeichnet. Auch soll eine reiche Abwechselung geboten werden, sowohl in der Speisenfolge (namentlich nicht an bestimmten Wochentagen bestimmte Speisen), als auch in der Zusammensetzung einzelner Gerichte, und der Speisezettel muss überraschend wirken, nicht vorher bekannt sein. Er ist vom Wirthschaftsbeamten mit der Köchin zu entwerfen und vom Arzte zu prüfen, worunter ich nicht nur „durch-

lesen" verstehe, sondern ein mündliches Durchgehen mit den beiden genannten. Noch eins möchte hier erwähnt sein. „Es ist gewiss von Vortheil, dass man neben der Beachtung der Regeln, die sich betreffs der Diät herausgebildet haben, doch auch die Wünsche, ja selbst die Gelüste der Kranken berücksichtigt, da dieselben häufig der instinctive Ausdruck eines individuellen Bedürfnisses oder Heilbestrebens sind." (Fröhlich, Zeitschrift f. Krankenpflege, 1898, No. 2, Seite 43). Diese, sich mit einem oben angezogenen Worte Dettweiler's ziemlich deckende Idee, kurz das richtige Individualisiren in der Diät treffend, ist natürlich in der Praxis sehr schwer durchzuführen. Ich hielt es aber, um ein thatsächliches Beispiel anzuführen, nicht für richtig, dass man einem Kranken, der durchaus keinen Hering essen wollte, an den „Heringsabenden" eben dann nur blosses Butterbrod gab, denn „wohin solle das führen."

Die Controle der Speisen geschieht am besten dadurch, dass der Wirthschaftsbeamte mit am Tische isst und zwar so, dass ihm nicht von der Küche aus ein besonders präparirter Teller zugetheilt wird. Der Arzt wird oft kosten, aber der Zufall kann es doch wollen, dass ihm dabei wichtige Beobachtungen entgehen. In der Küche soll der Arzt wirklich zu Hause, er soll ein „physiologisch gebildeter Koch" sein, und es genügt nicht, gelegentlich einmal durchzugehen und etwa nach der Sauberkeit zu sehen, sondern es soll ein wirkliches Zusammenarbeiten mit der Köchin — Wissenschaft und Erfahrung gesellt — stattfinden. Die Frucht eines solchen „Verhältnisses" muss als Gegenstück zu den oben geforderten Stoffuntersuchungen ein Kochbuch für Lungenheilstätten werden.

Von einzelnen Nahrungsmitteln verdienen folgende besondere Beachtung. Kaffee wird man entweder nur als Kathreiner's Malzkaffee geben (vergl. Gerster, Kaffee und Kaffeesurrogate), oder zur Hälfte mit Bohnenkaffee (den die Anstalt selbst röstet) gemischt, auch an Cacao (vergl. Beddies und Tischer, über Cacaoernährung), eventuell Eichelcacao bei Neigung zu Durchfall, Cacaoschaalenthee und Thee (den nicht aufregenden Souchong) kann man die Kranken gewöhnen.

Obst in jeder Form, auch als Compot oder Dörrobst, ist kein Luxus, sondern ein werthvolles Adjuvans der Ernährung Lungenkranker; auch das können sie später fortgeniessen. Dasselbe gilt von Salaten, besonders grünen. In ersteren, wie auch in Mehlspeisen u. s. w. wirkt der Zucker zugleich ernährend. Zucker hielt man früher geradezu für ein Specificum gegen Phthise. (S. Lersch, die Cur mit Obst, Bonn 1869. S. 29. Symonds, Brit. med. Journ., 1868, 13. Juni.) Der Genuss von Trauben, den man in traubenarmer Zeit oder Gegend durch die neuen alkoholfreien Traubensäfte ersetzen könnte, wurde früher viel empfohlen (vergl. Lersch, a. a. O.). Jetzt räth ihn v. Ziemssen für Anfangsstadien, Korányi für Leute mit träger Verdauung; in Hohenhonnef wird Gelegenheit zur Traubencur gegeben, und de Renzi schreibt, dass der Ernährungszustand durch den

Genuss vieler Trauben — neben den Mahlzeiten — gehoben wird, ohne dass der Organismus dabei erregt wird, und räth $^1/_4$—5 Kilo dieses schätzenswerthen Unterstützungsmittels zu geniessen.

Wichtiger ist die Frage nach dem Milchgenusse. Wir kommen damit wieder auf das leidige Gebiet der Ueberernährung. In früheren Zeiten hielt man die Milch für ein Heilmittel gegen Phthise. Bei Lersch (Die Cur mit Milch. Bonn 1869) finden sich (S. 45 und 50) folgende Mittheilungen: „Schwindsüchtige sind von jeher mit Milch behandelt worden. Schon ehemals gingen Phthisische und Kachektische der Milchcuren wegen nach Arkadien (Plin. H. N. XXV. C. 8. Cf. XXVIII. C. 9). Plinius der Jüngere schickte einen seiner Freigelassenen, der an Blutspeien litt, auf das Landgut eines Freundes, das ihm seiner guten Luft und der Milch wegen passend schien (V, epist. 19). Alex. Trallianus (VII.) spricht von einem blutspeienden Kranken, der ein ganzes Jahr Milch trank und ass und nachher keinen Eiter mehr auswarf. Die Araber gebrauchten Schafmilch bei Husten, Blutspeien und Asthma. Armin Eldaulat schrieb die Milch von schwarzbraunen Schafen vor. Ein Commentar von Mesue (vor 1515) erwähnt des Gebrauches der gekochten sauren Ziegenmilch, woraus die Butter ausgeschieden, also der gestandenen Buttermilch, als eines Heilmittels gegen Phthisis." Und Seite 50 finden sich noch zahlreiche Stellen. Canstatt (1843) bespricht diese und sagt dann: „Soviel ist gewiss, dass Heilungen verzweifelter Fälle von Lungenschwindsucht vermittelst der Milchcur bewerkstelligt worden sind."

In der modernen Phthisiotherapie wendet man sie an, um möglichst grosse Gewichtszunahmen zu erzielen. Auf diesem Standpunkte steht z. B. die Heilstätte am Grabowsee, wo man, namentlich auch um den Fettbedarf des Organismus zu decken, 2—3 Liter täglich trinken lässt. Auch hier ist Volland der Hauptgegner (und mit ihm geht Wolff), welcher die Zeit kommen sieht, wo man von Milchdarreichung bei Lungenkranken gänzlich absieht. Eine grosse Zahl sachkundiger Aerzte wandeln den Mittelweg; Blumenfeld hält 1—$1^1/_4$ Liter täglich für genügend, „niemals sollte die Milch so verwandt werden, dass durch sie die Zufuhr anderer fester und flüssiger Nahrungsmittel sehr erheblich beschränkt wird." Praktisch stehen z. B. Nahm, Weicker auf demselben Standpunkte. Wenn ich, als ich die hanseatischen Kranken in St. Andreasberg übernahm, zwar die damals übliche Tagesdosis von „bis zu 3 Litern" abschaffte, aber doch Milchgenuss empfahl, immer mit der ausdrücklichen Anweisung, nicht mehr zu geniessen, als bei gutem sonstigen Appetite vertragen würde, und der Erklärung, dass mir ein kerniger Mittagshunger lieber sei, als der Milchgenuss, so geschah es aus erzieherischen Gründen. Nicht nur für Lungenkranke, sondern für alle Menschen halte ich ein gutes Glas Milch für ein treffliches Getränk an Stelle der Alkoholika und möchte meine Kranken zu derselben Ansicht erziehen. Hier und da, nach Appetit, ein Glas Milch zu trinken, sollen sie der normalen Ernährung zuzurechnen lernen. Bei solcher

Freiheit, bei meiner Bereitwilligkeit, überdrüssig gewordene Milch einige Zeit durch Kaffee, Cacao, Thee zu ersetzen, glaube ich mehr zu erzielen, als bei zwangsweiser Einfüllung eines bestimmten Maasses. „Conservative“ Anhänger der alten Mastlehre, die dem alten Grundsatze huldigten: Viel hilft viel! kamen oft freiwillig mit der Klage: Ich verliere den Appetit oder dergl., ich habe gewiss zuviel Milch getrunken. Das mystische Vorurtheil, die Milch schleime, welches sogar ein Heilstättenarzt vertritt, kann man leicht besiegen; Aufstossen, Blähungen schwinden durch Kalkwasserzusatz; Milchsuppen, sauere Milch im Sommer u. s. w. bringen auch hier Abwechslung. Ungekochte Milch ist gewiss leichter verdaulich und wird von vielen lieber genommen. Sie käme natürlich nur da in Betracht, wo man geimpfte Kühe zur Verfügung hat. Ob man aber nicht aus erzieherischen Gründen besonders in Volksheilstätten solange immer gekochte giebt, bis jedermann auch im Verkehre die Möglichkeit hat, von tuberculosefreien Kühen zu beziehen? Das Kochen sollte nicht über 10 Minuten ausgegehnt werden (Penzoldt empfiehlt zur besseren Bekömmlichkeit für einzelne Fälle Soxhlett), da neuere Erfahrungen (Barlow) zeigten, dass langes Kochen die Milch bedeutend verändert.

Molkencuren werden von einigen (schon 1851 von Karner), so von v. Ziemssen für's Initialstadium und namentlich von Michaelis empfohlen. Von letzterem werden in Rehburg drei- bis vierwöchentliche Curen verordnet, nüchtern $1/2$ Liter heiss zu trinken, wodurch ein lebhaftes Bedürfniss nach Nahrungszufuhr geweckt werde.

Ein früher absonderlich hochgeschätztes und von vielen für unentbehrlich gehaltenes Rüstzeug gegen die Tuberculose bildet der Alkohol. Was man von ihm erwartete, schildert Dettweiler (Behandlung der Lungenschwindsucht. S. 71—82). Der Alkohol, führt er aus, spielt mit Recht eine bedeutende Rolle. Wenn auch über seine Wirkungen noch nicht völlige Einstimmigkeit herrscht, so „unterliegt doch bei richtiger Anwendung sein hoher physiologischer Werth keinem Zweifel“. Er hat fäulniss- und gährungswidrige Eigenschaften, regt Magen- und andere Drüsen an und beeinflusst die Verdauung günstig. Er erhöht die Pulszahl, den arteriellen Druck und die Geschwindigkeit des Blutstroms. In der Frage, ob er ein Nährmittel sei oder nicht, steht Dettweiler auf Seite der ersteren Ansicht, indem er ihn zumindestens als Sparmittel betrachtet. „Rechnen wir zu alledem seine hypnotische Wirkung, so erscheint uns der Alkohol gerade bei unserer Krankheit als ein so wichtiges Heilmittel, dass man für ihn gerne die Hälfte unseres übrigen Medicamentenschatzes hergeben würde“. Man wundert sich, dass man erst so spät auf dieses grossartige Heilmittel gekommen ist. „Der richtige Gebrauch des Alkohols ist meiner Erfahrung nach sowohl bei den hochconsumptiven Processen, wie ganz besonders bei allen den allgemeinen Ernährungsstörungen, bei denen die gesammte vitale Energie oder die functionelle Leistung der wichtigeren Organe unter der physiologischen Linie liegen, von ganz unschätzbarem Werthe“. Es wird dem-

nach verabreicht täglich 1/2 bis 1 Flasche Wein und dazu eventuell 75 bis 80 g Cognac. „Es wird in Falkenstein methodisch getrunken, aber nie gekneipt“. Einzelne Autoren schliessen sich diesem Standpunkte Dettweiler's an, so namentlich Penzoldt in seinem Handbuche; de Renzi ruft enthusiastisch aus: „Es ist mir häufig gelungen, mit einer Alkoholbehandlung das Leben der Phthisiker zu verlängern“. Dass der Alkohol den Schaden, den er in der Leber anrichtet, durch Neubildung von Bindegewebe nunmehr auch in der Lunge verursache und zwar dort zum Nutzen des Menschen, hofft Korányi! (Eulenburg's Realencyklopaedie).

Bezog sich das bisher Gesagte auf die Anwendung des Alkohols als allgemeines Heil- oder Nährmittel, so wird er ferner noch angewendet als Antifebrile. „Am wenigsten, fährt Dettweiler fort, möchte ich den Alkohol missen bei dem Fieber“. Dies wird genau ausgeführt und begründet; „ich kann bei der ehrlichsten Kritik meiner Beobachtungen die reservirte Haltung vieler gegenüber dem Alkohol beim phthisischen Fieber nicht begreifen“.

Diese durch die Autorität des Altmeisters der Phthiseotherapie gestützte Anschauung vertreten denn auch meist seine Schüler, wenngleich sowohl Meissen als auch Blumenfeld vor jeder Uebertreibung, deren Grenze sich ja wohl recht schwer bestimmen lässt, warnen und dem Alkohol als Fiebermittel jede Wirkung absprechen. Andere Privatanstalten geben theilweise Cognac in höchsten Dosen, theilweise reichen sie nur Wein und Bier zu Tisch als „Lyaios“, wie Blumenfeld empfiehlt. Von Volksheilstätten giebt Ruppertshain täglich Bier, Abends eventuell Kornschnaps in die Milch, Königsberg bei Goslar täglich 2 Flaschen Bier, denen, „die es bedürfen“, Mittags Bordeaux oder Heidelbeerwein, Sülzhayn und Stiege geben Bier, und von den Heimstätten der Stadt Berlin sagte ich früher: „Erwähnenswerth ist der Verbrauch von Spirituosen, nämlich in den 4 Berliner Heimstätten 82787 Flaschen Bier, 2752 Flaschen Wein und 90 Flaschen Cognac“, notabene in einem Jahre.

Stellen wir dagegen fest, was neuere und genaue Studien über den Alcohol ergeben haben. v. Leyden präcisirte in Moskau diesen Standpunkt mit den Worten: „Wir sehen in dem Alcohol weder ein Mittel, die in dem Körper vorhandenen pathogenen Bacterien zu desinficiren, noch ein wesentliches Mittel für die Ernährung. Kaum zu entbehren ist er freilich, um den Muth gebeugter und hoffnungsloser Kranker zu heben oder um den Appetit und die Leistungsfähigkeit des Magens bei schlecht essenden Patienten anzuregen. Andererseits sehe ich in dem reichlichen Alcoholgenuss eine nicht unwesentliche Gefahr, nämlich die Begünstigung der Haemoptoe“. Ueber einen Vortrag in der Dresdener Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, gehalten vom Geheimrath F. (wohl Fiedler), berichtet das Volkswohl (1897. No. 51): „Redner bekannte offen, dass er sich leider mit der Ueberzahl der Collegen viele Jahre hindurch an dieser Behandlung — Lungenkranker mit grossen

Gaben Alcohol — betheiligt, sich aber dabei „ersichtlich" in schwerem Irrthum befunden habe" und deshalb seit einigen Jahren den Alcohol nur an Stelle gleichartiger Medicamente in gewissen Fällen von Herzschwäche u. a. m. verwenden lasse".

Daran, dass der Alcohol per os genossen die Bacillen in der Lunge tödte, denkt wohl ernstlich jetzt niemand mehr, dagegen spukt das Nähr- oder Sparmittel immer noch gewaltig. Miura u. v. a. haben das widerlegt, wenn auch die Opposition dagegen noch nicht vollkommen geschwunden ist (Jaquet, Stammreich u. a.). Dass gerade Bier die Verdauung hemmt, lehrte selbst Brehmer; dasselbe bewies ausführlich von jedem Alcohol W. Buchner (Deutsches Archiv f. klin. Med. 1881. Band 29). Von der Anregung des Appetits sagt Wehberg (Der Alcohol am Krankenbette. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1895. S. 131): „Die Patienten verlieren die feine und natürliche Empfindung über das Verlangen des Magens und des Körpers, die nothwendig mit der jeweiligen Leistungsfähigkeit des Organs wie des gesammten Organismus zusammenhängt". Ist der Alcohol aber kein Nähr- und Sparmittel, so kann er auch kein Kräftigungsmittel für chronische Krankheiten sein. Im Gegentheil ist die Mortalität solcher, welche Alcohol fortgesetzt geniessen, bedeutend höher, als anderer, worüber ein Zweifel nicht bestehen kann (englische und holländische Lebensversicherungsgesellschaften gewähren Abstinenten bedeutende Ermässigungen). Vielmehr stimmen sehr viele Forscher darin überein, dass Alcoholgenuss gerade besonders zur Tuberculose disponire. Von 1000 Sterbefällen unter Kellnern verursachte nach v. Fircks die Tuberculose 528 (Mässigkeitsblätter 1897. No. 9). Sendter (Ueber Lebensdauer und Todesursachen bei den Biergewerben. München 1891) nennt ganz ungeheuerliche Zahlen (S. 4, 12, 14, 15). Doll (Aerztl. Mitth. a. u. f. Baden 1896. No. 1) räth davon ab, gewohnheitsgemässe Alcoholisten, also nicht etwa nur Trunkenbolde, in die Heilstätten aufzunehmen, da sie eine viel zu geringe Widerstandsfähigkeit haben und andere mit verführen (ähnlich Brunner, ebenda 1895. Nr. 24). Deléarde stellte fest (Annales de l'Institut Pasteur, Novbr. 1897. S. Münch. med. Wochenschr. 1898. No. 4), dass Alcoholisten viel geringere Immunität gegen Infectionen haben, als andere, und Krukenberg (citirt bei Colla, Therapeut. Monatshefte 1897. No. 1) „glaubt, dass die Disposition zur Tuberculose durch Alcoholgenuss gesteigert werde; er sah einen auffallend grossen Procentsatz seiner Alcoholiker an Tuberculose sterben". Il est bien établi, par des statistiques faites consciencieusement, que bien souvent l'alcool est une des causes prédisposantes les plus actives des affections tuberculeuses; et lorsqu'une personne déjà atteinte de ce mal s'adonne à la boisson, c'est comme un coup de fouet qui stimule la maladie dans sa marche et hâte la terminaison fatale". (Van Emelen, les dangers de l'alcoolisme. Bruxelles 1897). Wenn dem aber so ist, dass der Alcohol, chronisch genossen, zur Tuberculose führt — und das steht fest —, so ist es

doch ein Nonsens, ihn chronisch als Heilmittel geben zu wollen, den Teufel, wie Schnyder sagt, durch Beelzebub austreiben zu wollen. Diese Art Homoeopathie dürfen wir nicht mehr gedankenlos über uns ergehen lassen, zumal wenn wir bedenken, dass dem Alcohol, wie Strümpell nachwies, die fatale Eigenschaft der Summation zukommt. Dass dem acuten Reiz gegen Herzschwäche der verhängnissvolle „Pendelausschlag nach der entgegengesetzten Seite“ folgt, dass der Alcohol, wie jeder Polarreisende widerlegt, keineswegs wärmt, dass er als Fiebermittel wirkungslos (s. ob.), als Schlafmittel entbehrlich ist, dass er vielmehr Leber und Nieren, Herz und Gefässe, Gehirn und Nervensystem, den gesammten Stoffwechsel, kurz den ganzen Körper ruinirt, wie in Fachschriften eingehend dargelegt worden ist, sind Punkte, welche genügen sollten, um doch vorerst einmal der gesammten Aerztewelt die Augen zu exacterer, vorurtheilsfreier Beobachtung zu öffnen. Von allem bleibt nur ein Nutzen übrig, seine Wirkung als Lyaios hoffnungslosen Kranken gegenüber: man mag darüber persönlich verschiedener Ansicht sein, das Mitleid wird diesen Gebrauch gestatten.

In der ersten Jahresversammlung des Vereins abstinenter Aerzte in Frankfurt stellte u. a. Director Dr. Bleuler folgende Thesen auf, welche die Behandlung von Lungenkranken direct berühren: „Die Behandlung chronischer Krankheiten mit Alcohol widerspricht unseren Kenntnissen von der physiologischen Alcoholwirkung. Ein Nutzen desselben ist deshalb unwahrscheinlich, jedenfalls nicht nachgewiesen. Ein Schaden ist sehr häufig nachweisbar. Nicht ausgeschlossen ist der Nutzen der Alcoholtherapie bei rasch vorübergehenden Schwächezuständen mit oder ohne Fieber. Bewiesen ist er aber auch hier nicht. Der Alcohol lässt sich jedenfalls durch andere Mittel mit Vortheil ersetzen“. Dieselbe Vereinigung beschloss 1897 in Braunschweig: „Die therapeutischen Indicationen des Alcohols bedürfen dringend einer genauen Revision und einer scharfen unzweideutigen Präcisirung“. Bei chronischen Krankheiten ist die Anwendung des Alcohols überflüssig und ausserdem durch die Gefahr, den Kranken zum Alcoholisten zu machen, gefährlich, so dass wir seine Verordnung in jeglicher Form verwerfen“ (Internat. Monatsschrift z. Bekämpfung d. Trinksitten 1897. No. 11). Und es ist anzunehmen, dass der erste nationale Niederländische Congress recht hat mit seiner These: „Die besonders in England gemachten Erfahrungen über Krankenbehandlung ohne Alcoholica berechtigen zur Annahme, dass die Verwendung des Alcohols in der Therapie sich bedeutend verringern wird“ (Ebenda 1897. No. 2).

Aber nicht nur die Frage, ob der Alcohol im einzelnen Krankheitsfalle nützt, macht das ganze Capitel zu einem so wichtigen, sondern namentlich auch die erzieherische Bedeutung der Heilstätten. Geht man immer wieder davon aus, dass die Heilstätten ihre Kranken nicht zeitlebens behalten, sondern doch wieder ins Leben hinaustreten lassen und dazu so erziehen müssen, dass sie nicht wieder neu erkranken, so muss man erst recht die Darreichung von Alcohol bekämpfen. „Das in den

Heilstätten Gelernte soll den Kranken so in Fleisch und Blut übergehen, dass sie es später nicht nur selbst streng befolgen, sondern auch ihren Angehörigen mit ihrer Umgebung beizubringen verstehen sollen. Von diesem Gesichtspunkte aus ist sicher auch die Alcoholdarreichung in Volksheilstätten zu betrachten. Lernt der Kranke hier als Ideallebensweise, dass ein bis zwei Flaschen Bier täglich oder ein Löffel Cognac in die Abendmilch „gesund" seien, so wird er später nach einer seinem lieben Ich recht bequemen Volkslogik vier Flaschen Bier und täglich „nur für 10 Pfg." Kümmel erst recht für gesund halten. Lehrt man ihn hingegen, dass die alcoholischen Getränke schädlich seien, dass sie zwar bisweilen in der Hand des Arztes als Arznei gute Dienste leisten, im gewöhnlichen Leben jedoch recht gut entbehrt und durch Milch, Fruchtlimonade und viele andere Getränke ersetzt werden können, so wird man nicht jeden zum Temperenzler machen, es wird aber doch manch gutes Samenkorn haften bleiben, welches später aufgeht und im Kreise anderer Arbeiter Früchte trägt" (Liebe, in den Mittheilungen über Arbeiterschutz gegen Alcohol. Hildesheim 1897).

Das gilt aber nicht etwa nur für Arbeiter, sondern sollte in gleicher Weise auf die Privatanstalten Anwendung finden, von denen Volland sagt: „Der Patient muss sich am Curort nicht nur im Essen, sondern auch im Trinken so gewöhnen, dass er, gesund geworden, genau so in seiner Heimath weiter leben kann. Es wird ihm aber ein schlechter Dienst geleistet, wenn er die üble Gewohnheit des Schnapsens mit nach Hause bringt".

Welcher selbst leidlich Gestellte, der eben noch die Mittel zu einer Anstaltscur aufbrachte, kann, selbst abgesehen vom Cognac, d. h. Schnaps, den täglichen Weingenuss fortsetzen, wie er in solchen Heilstätten noch so ausgeübt wird, dass ein ärztlicher Curgast aus Davos behaupten konnte: er sei überzeugt, dass die grossen Mengen Cognac und Rothwein, die in Davos verordnet wurden, zumeist des hohen Gewinnes an diesen Artikeln halber den Curgästen empfohlen würden" (Mässigkeitsblätter 1897. No. 12). Man wird durch eindringliche Ermahnungen, durch Darbietung geeigneter Lektüre in der Anstaltsbücherei und namentlich auch durch Hinweis auf die volkswirthschaftliche, auch den einzelnen Geldbeutel berührende Bedeutung der Alcoholfrage manches erreichen können[1]).

Ein Heilstättenarzt von grosser praktischer Erfahrung, Weicker, sagt infolge dieser Ueberlegungen: „Ich lege Werth darauf, dass die Kranken die Abstinenz vom Alcohol zunächst als zur Cur gehörig betrachten und sich so allmählich (?) entwöhnen". Trudeau sagt vom Adirondack Cottage Sanitarium: „Alcoholics are never prescribed in early cases as a part of the treatment". Ich selbst habe in der Heilstätte Oderberg auch das anfänglich gereichte Sonntagsbier durch alcoholfreies ersetzt und nie Alcohol zur

---

[1]) S. Dr. Kohnstamm in v. Leyden's neuer Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie. I. 1. S. 89.

Milch nöthig gehabt, auch hier in Loslau werden wir „abstinent" curiren. Dass ich hier, da man in Schlesien dem Bachus reichlich huldigt, zahlreiche Delirien erleben würde, was man prophezeiht, fürchte ich nach den Erfahrungen von Smith, Hoppe u. a. nicht, selbst wenn die Kranken nicht heimlich doch trinken. Um letzteres zu verhindern, sollte ähnlich wie bei Schloss Marbach oder in den amerikanischen Trinkerheilstätten den Wirthen der nächsten Umgebung behördlich die Abgabe von alcoholischen Getränken an Anstaltsinsassen verboten werden. Hier könnte einmal der Staat den Lungenheilstätten ohne Kosten viel nützen. Denn mag der Heilstättenarzt irgend welchen Standpunkt einnehmen, heimliches Schnapsen wird er nie gut heissen.

An Sonn- und Festtagen kann man durch alcoholfreies Bier, Traubensaft, Frada und dergl. den Kranken einen Genuss bereiten. Sie nehmen — wenigstens war dies bei meinen Kranken der Fall — diese Getränke sehr gern.

Aus ähnlichen Gesichtspunkten muss ich mich auch gegen den Tabaksgenuss aussprechen. Ich halte sowohl die chronische Nicotinzuführung bei einem der besthygienischen Lebensweise bedürftigen Körper für schädlich, als namentlich auch die damit verbundene Einathmung unreiner Luft.

Es möge hier ein Wort über Wägungen und Temperaturmessungen eingeschaltet werden. Erstere nimmt man allwöchentlich vor auf eigens dazu gebauten Waagen, die auch zum Selbstanzeigen des Gewichts eingerichtet werden können. Es ist darüber ein Waagebuch zu führen. Die Temperaturmessungen werden mit Maximalthermometern in der gut ausgetrockneten Achselhöhle vorgenommen (Brehmer liess unter der Zunge messen. Da man Thermometer nicht auskochen kann, ist dies unappetitlich und wohl nur dann zu wählen, wenn jeder sein eigenes Instrument hat). In Volksheilstätten können dies die Obmänner besorgen, ein Wärter muss indessen die Aufsicht dabei führen.

Die Frage, wann ist ein Lungenkranker als fiebernd zu betrachten, bedarf noch der Beantwortung durch zahlreiche Messungen. Folgende kleine Statistik liess mich zu der Ansicht kommen, dass man selbst 37,0° schon beachten muss. Ich hatte unter 10554 Messungen

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 37,0° | 163 mal | = 1,5 pCt. | 37,9° | 0 mal |
| 37,1° | 58 „ | = 0,5 pCt. | 38,0° | 2 „ |
| 37,2° | 39 „ | = 0,37 pCt. | 38,1° | 1 „ |
| 37,3° | 15 „ | = 0,14 pCt. | 38,2° | 0 „ |
| 37,4° | 16 „ | = 0,15 pCt. | 38,3° | 2 „ |
| 37,5° | 3 „ | | 38,4° | 2 „ |
| 37,6° | 2 „ | | 38,5° | 1 „ |
| 37,7° | 3 „ | | 39,2° | 1 „ |
| 37,8° | 1 „ | | 39,3° | 1 „ |

Alle anderen Temperaturen, also 10243 Messungen, blieben unter 37,0°. Lässt man 37,0° als ganz normal hingehen, so steigt die Temperatur an:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Tag | 36,3 | 37,0 | 36,6 |
| 2. „ | 36,1 | 37,1 | 36,3 |
| 3. „ | 37,0 | 37,2 | 36,6 |

So setzte sich die Temperatur eine Zeit lang fort, bis sie endlich plötzlich auf 38,1 stieg. Hält man dagegen — also hier immer von gut ausgewählten Fällen der Volksheilstätten gesprochen — 37,0 in ruhiger Lage, 37,2—37,3° zwei Tage im Bett, so verschwindet diese Temperatur, um der normalen von 36,5—36,9 Platz zu machen (Beobachtungen in St. Andreasberg, 620 m hoch).

## 21. Hydrotherapie.

Wasser wird bei der Behandlung der Lungenkranken angewendet zur Hautpflege, zur Umstimmung des Stoffwechsels, zur Abhärtung. Reinigungsbäder zur Hautpflege giebt man jede Woche in der gewöhnlichen Temperatur von 33—35° C., etwa 5—10 Minuten, immer mit nachfolgender kalter Brause oder Abreibung, worauf auch Penzoldt, als auf etwas oft vergessenes, aufmerksam macht. Temperirte Brausen zur Abseifung mit nachfolgender kalter Brause können bei kräftigen Kranken die Wannenbäder ersetzen. In Heiligenschwendi steckt man (sehr empfehlenswerth) jeden ankommenden Kranken ins Bad und desinficirt unterdessen seine Kleidung.

Die eigentliche Hydrotherapie hat sich die Lungenheilanstalten heute erobert. „Aufmunternd genug erscheinen die erzielten Resultate, um die begründete Hoffnung zu hegen, dass in den Sanatorien für Lungenkranke dieser Methode mehr Aufmerksamkeit gewidmet werde, als dies bisher geschah“ (Winternitz, Blätter f. klin. Hydrotherapie. 1895. No. 8). Natürlich kann hier nicht die Physiologie der Wasseranwendungen erörtert werden, welche Winternitz in seiner Pathologie und Hydrotherapie der Lungenphthise ausführlich dargelegt und damit die Methode wissenschaftlich begründet hat. (Vergl. u. a. Friedländer, Ueber Veränderungen der Zusammensetzung des Blutes durch thermische Einflüsse. Blätter f. klin. Hydrotherapie. 1898. No. 2.)

Alle Maassnahmen sollen auf einen Körper ausgeübt werden, in dem Wärme aufgestaut ist, also am besten aus der Bettwärme. Die Temperatur ist meist niedrig zu nehmen, indessen ist bei sehr blutarmen Leuten auch mit höher temperirtem Wasser Reaction zu erzielen. Bei Frostgefühl ist es gut, die Proceduren nicht nüchtern vorzunehmen. Der Erfolg muss sich in Kräftigung der Herzaction, Beschleunigung der Circulation, Erhöhung des Gefässtonus zeigen. Von Erkältung kann dabei nicht die Rede sein, denn gerade diese Behandlung vermindert diese Gefahr. „Die Blut- und Säfteströmung zu, in und von dem ergriffenen Gewebe und in dem ganzen Organismus muss mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln gefördert, die Wechselwirkung zwischen den circulirenden Säften und den erkrankten Partien begünstigt werden. Nur so kann es ermöglicht werden, entweder die locale Ernährungsstörung zu besei-

tigen und eine Restitutio ad integrum herbeizuführen, oder wenigstens die Abgrenzung, den Zerfall, die Ausstossung des Krankhaften anzubahnen. Diesen natürlichen Heilungsvorgang scheint nun die Hydrotherapie wesentlich zu fördern, indem sie es ermöglicht, collaterale Hyperämie, active Fluxion, Erleichterung des Blutabflusses und veränderte Diffusionsvorgänge in den erkrankten Organen und dem erkrankten Organismus hervorzurufen". So ungefähr lehrt Winternitz. Der Einfluss, welchen die Hydrotherapie auf den Körper hat, ist ein so ungeheurer, dass eine Art Immunität gegen die Infection entsteht, weshalb er das Wasser „das Serum des Hydropathen" nennt.

In der Praxis beginnt man nach Dettweiler mit trockenen Abreibungen, eventuell sogar im Bett, dann mit Wasser und Spiritus zu gleichen Theilen, bis man, letzteren vermindernd, auf Wasser von 8—14° C. kommt und hier wieder, das Tuch mehr weniger auswindend vorwärts geht. In Volksheilstätten kann man, mit Ausnahmen weniger Fälle, die dann meist überhaupt nicht dahin gehören, mit der feuchten Abreibung beginnen, denn die Kranken sind dort leicht krank und noch gut widerstandsfähig, haben nicht soviel Curzeit zur Verfügung und sind zum Theil durch irgend welche „Naturheilmethode" schon an das kalte Wasser gewöhnt, namentlich wenn sie aus Städten kommen.

Ein kräftiger eingreifendes Mittel ist die Brause oder meist Douche genannt, welche nach Heglin (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXVI. S. 42) namentlich die Hebung der Herzthätigkeit bezweckt. Volland erklärt sich vollständig gegen sie, sowohl weil man davon einen Schnupfen bekommen könne, als auch in Consequenz über die Schädlichkeit des Tiefathmens. Indessen steht er damit ziemlich allein. Wenn man gut auswählt — Blumenfeld bezeichnet als Contraindicationen Fieber, Anaemie, Nachtschweiss, activ zerfallende oder chronisch-pneumonische Herde, Neigung zu Blutungen, Herzklappenfehler, Herzschwäche, nachfolgend Herzklopfen, Erregung, Schlaflosigkeit —, vorsichtig beginnt, anfangs 5, dann 10, endlich 15 bis höchstens 20 Sekunden, und die Douche selbst giebt oder wenigstens in seiner Gegenwart geben lässt, so schrumpfen ihre etwaigen Nachtheile zusammen. Die Kranken, zumal in Volksheilstätten, haben sie gern und ziehen sie den Abreibungen vor.

Temperirte Douchen könnten in einzelnen Fällen nach Winternitz (s. ob.) angebracht sein, doch wählt man dann lieber die Abreibung. Man kann sie darum entbehren (Ruppertshain und Oderberg haben z. B. nur kalte Douche), von Nutzen kann eine temperirbare Fächerdouche sein.

Originell sind die Eiswasseranwendungen Aberg's (s. Blätter für klin. Hydrotherapie 1896. No. 5), für deren Anwendung auch Winternitz lebhaft eintritt. Aberg unterscheidet drei Grade: 1. Waschungen von Nacken, Rücken, Gesicht, Brust mit Eiswasser, Schwamm anfangs mehr, später weniger ausgedrückt; 2. Abgiessen derselben Theile mit der Giesskanne, ebenfalls mit Wasser von 0°; 3. kurzes, einen Moment dauerndes Vollbad, den Kopf untergetaucht, von 7—13°. Nach allen Anwendungen gutes Trockenreiben, Reaction durch Bewegung oder im

Bett. Der Zweck ist energische Reaction; Winternitz bezweckt dasselbe durch grössere mechanische Reize bei höheren Temperaturen.

Als gewissermaassen symptomatische Behandlung kommen noch Fussbäder (Wechselfussbäder bei den vielen Lungenkranken eigenen Schweiss- und kalten Füssen), Sitzbäder (Analfisteln, Verdauungsbeschwerden) und namentlich die Priessnitz'schen Kreuzbinden oder Dunstumschläge (zur Erweichung und Ausstossung käsiger Depots, bei zähem Auswurf, gegen Hustenqual), auch als Magen- und Leibumschläge, bei Fieber als Ganz- oder Dreiviertelpackungen angewandt, in geeigneten Fällen Hals- und Wadenpackungen.

Auf die Technik kann hier nicht eingegangen werden — leider lernt sie der Mediciner bisher auf der Hochschule noch nicht, mit Ausnahme von Wien und Heidelberg (im Preussischen Abgeordnetenhause hat am 10. März d. J. Geheimrath Althoff die Errichtung von Lehrstühlen der Hydrotherapie [warum nicht überhaupt der physikalischen Therapie, einschliesslich Krankenpflege] zugesagt). (Blätter f. klin. Hydrotherapie 1898. No. 3. S. 62). — Vorgenommen werden diese Maassnahmen im Wasch- oder Baderaum oder im Schlafzimmer, je nach örtlichen Verhältnissen. Schwimmen wird man etwa in gleichem Maasse gestatten dürfen, wie Wintersport (s. ob.), doch ist vor Kopfsprung zu warnen.

## 22. Kleidung.

Wenn die Theoretiker fragen, welche Kleidung wir Lungenkranken in den Heilstätten empfehlen sollen, so wird uns von allen Seiten die Wolle genannt (vergl. z. B. Goldschmidt, Die Kleidung der Kranken und ihre Bedeutung in der Krankenpflege. Zeitschr. f. Krankenpflege 1897. No. 12. S. 290). Penzoldt u. a. empfehlen diese daher auch als den am meisten bewährten Stoff. Andere, und namentlich Praktiker, sind anderer Meinung, z. B. sagt Schnyder in seinem Rathgeber, dass mit warmen Unterkleidern, die Schweiss und dann Erkältung hervorrufen, viel Missbrauch getrieben wird. Ich kann meine, den Geruchssinn oft beleidigenden Erfahrungen nicht besser als mit Meissen's Worten ausdrücken: „Eine bestimmte, allgemeingiltige Regel lässt sich nicht angeben; auch die Frage der Bekleidung enthält ein individuelles Moment. Wer Wolle wählt, ist nicht immer weise. Ihren Vortheilen stehen ebenso schwere Missstände entgegen, die Schwierigkeit der Reinigung, das leichte Verfilzen. Man muss eine sehr grosse Auswahl an wollenen Sachen haben und sich entschliessen, dieselben nur chemisch waschen zu lassen. Da das recht kostspielig und umständlich ist (Volksheilstätten!), so kann man oft genug Unglaubliches von der Wolle sehen; sie wird leicht das schlechteste Unterzeug, so dass ihr Baumwolle oder Leinen oder gemischte Stoffe weit vorzuziehen sind". Wir lassen z. Z. noch alle Lungenkranken in Wolle verpackt in die Heilstätte kommen, die leichteren Fälle der Volksheilstätten namentlich werden im Laufe der abhärtenden Wasserbehandlung ein Vertauschen derselben mit anderen

ermöglichen; welche freilich dann die besten sind, muss erst der Versuch entscheiden.

Beim Schwitzen nach Spaziergängen ist jedenfalls sofort nach der Rückkehr vor dem Stillsitzen oder -Liegen die Unterkleidung zu wechseln, ebenso natürlich ein besonderes Tages- und Nachthemd zu tragen. Es soll genügend Platz vorhanden sein, solche schweisshaltige Hemden dann ausserhalb des Schlafzimmers auslüften zu lassen.

Von einzelnen Kleidungsstücken sind folgende zu erwähnen. Ausser genügend warmer Kleidung beim Liegen soll jeder Kranke einen Ueberzieher mitbringen, um sich beim Ausruhen auf Spaziergängen nicht zu erkälten. Der Kopf sei leicht bedeckt (nicht Pelz), Ohrenklappen mögen im harten Winter getragen werden, Mundklappen sind unnöthig, wenn auch schiesslich nicht unnütz, damit die Kranken beim Gehen „den Mund halten", doch muss die Nase vollkommen frei davon bleiben.

Einen sehr vernachlässigten Theil unserer Kleidung bildet der Schuh. Und doch ist gut sitzendes Schuhwerk sehr wichtig, nicht nur der körperlich und psychisch quälenden Hühneraugen wegen, sondern vor allem auch, weil es die Circulation im Fusse hindert, Schweissfuss schafft und damit die disponirende Ursache gewiss mancher Erkrankung wird. Belehrung über richtige Schuhform gehört daher m. E. zur Therapie der Lungenkrankheiten. Die Stiefeln sollen ferner leicht anziehbar sein, da die Anstrengung in vornübergebeugter Körperhaltung zu Blutungen führen kann (der neue „Triumphverschluss"). Ueberschuhe, namentlich von Gummi, halte ich nicht für empfehlenswerth, da sie das Gehen erschweren und die Ausdünstung hindern; feste, gut geschmierte Stiefeln, welche die Kranken im Stiefelzimmer mit Hausschuhen vertauschen, sind besser. Filzschuhe oder -Pantoffeln sollen nur an Stelle der zu verpönenden Bettvorlagen als Morgen- und Nachtschuhe gestattet sein; sie können in Volksheilstätten von der Anstalt geliefert werden. Sabourin in Canigou giebt seinen Kranken Holzschuhe und gefütterte Socken (chaussons fourrés).

Von der speciell weiblichen Kleidung darf das Corsett nicht unerwähnt bleiben. Ausser anderen Nachtheilen (Enteroptose-Meinert, Gallensteine-Marchand, Riedel, Entometritis etc. -Lantos, Bleichsucht-Rosenbach, Degeneration der Brüste -Hegar, und daher Cholera infantum -Meinert und der bekannten Leberfurche) hat es sicher einen wesentlichen Antheil an der Entstehung der Disposition zur Tuberculose, und man muss sich wundern, dass so wenige Autoren diesen Punkt betonen (Driver, Blumenfeld). Ich habe bei einer Anzahl tuberculöser Mädchen (Hanseatische Kranke in St. Andreasberg) Messungen vorgenommen und die Ausdehnung des Thorax („Taillenweite") mit Corsett, ferner ohne dasselbe, aber mit den wie üblich gebundenen Rockbändern und endlich ohne jede Einengung vorgenommen. In der interessanten Tabelle, welche ich anfüge, ist zu bedenken, dass bei der zweiten und dritten Messung immer das auftragende Corsett und eventuell die Röcke wegfallen. Ob nicht solche Zahlen endlich den ersehnten Bannfluch

herbeiführen? (Vergl. Schlaffhorst, Frl., Das Athmen mit und ohne Corsett und die Athemgymnastik. Mittheilungen des Allgemeinen Vereins zur Verbesserung der Frauenkleidung 1898. No. 2—3. — Meinert, Ueber die Anfänge der durch unzweckmässige Kleidung hervorgerufenen Krankheiten. Ebenda No. 1—2. — Rosenbach, Die Entstehung und die hygienische Behandlung der Bleichsucht. Leipzig. U. v. a. m.)

| | Mit Corsett | | Ohne Corsett, mit Rockbändern | | Ohne Corsett und ohne Rockbänder | | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ausathm. | Einathm. | Ausathm. | Einathm. | Ausathm. | Einathm. | |
| 1. | 61,0 | 61,5 | 62,0 | 64,0 | 61,0 | 67,0 | |
| 2. | 60,5 | 60,5 | 59,5 | 60,5 | 60,0 | 64,0 | sog. Gesundheits-Corsett |
| 3. | 62,5 | 62,5 | 63,0 | 66,0 | 64,5 | 67,5 | |
| 4. | 71,0 | 71,5 | 69,5 | 71,5 | 72,0 | 75,0 | Ges.-Corsett |
| 5. | 74,0 | 75.5 | 74,0 | 75,0 | 74,0 | 78,0 | } konnten b. d. Entl. d. Corsett nicht mehr schl. |
| 6. | ? | ? | 65,0 | 68,0 | 67,5 | 73,0 | |
| 7. | 62,5 | 62,5 | 69,5 | 70,0 | 69,0 | 71,0 | |
| 8. | 61,0 | 61,0 | 61,0 | 62,5 | 61,5 | 63,5 | |
| 9. | 63,5 | 64,0 | 63.5 | 66,5 | 66,5 | 70,0 | |
| 10. | 66,5 | 67,0 | 68,5 | 68,5 | 69,0 | 74,0 | |
| 11. | 61,0 | 61,0 | 64,0 | 65,5 | 66,5 | 69,0 | |
| 12. | 64,0 | 64,5 | 63,0 | 64,0 | 63,0 | 66,0 | |
| 13. | 62,0 | 63,0 | 61,5 | 64,0 | 62,5 | 70,5 | |
| 14. | 62,0 | 62,5 | 64,0 | 69,0 | 62,0 | 70,0 | |
| 15. | 61,0 | 61,5 | 62,5 | 64,0 | 60,0 | 64,0 | |
| 16. | 61,5 | 62,0 | 64,5 | 66,0 | 70,0 | 72,0 | |
| 17. | 71,0 | 73,0 | 68,5 | 72,5 | 70,0 | 74,0 | |
| 18. | 62,5 | 62,5 | 63,0 | 65,0 | 65,0 | 67,5 | |
| 19. | 65,5 | 65,5 | 68,5 | 72,5 | 67,0 | 71,5 | |
| 20. | 61,5 | 62,0 | 59,0 | 61,5 | 59,5 | 63,5 | |
| 21. | 57,0 | 57,0 | 59,5 | 61,5 | 61,0 | 65,0 | |
| 22. | 66,0 | 66,5 | 64,5 | 68,0 | 63,0 | 68,5 | |
| 23. | 70,5 | 72,0 | 67,0 | 68,5 | 67,5 | 71,5 | |
| 24. | 66,0 | 66,0 | 62,0 | 66,5 | 62,5 | 66,5 | |
| 25. | 64,0 | 64,5 | 62,5 | 64,5 | 64,0 | 67,0 | |
| 26. | 57,5 | 59,0 | 54,0 | 56,5 | 58,0 | 61,5 | Ges.-Corsett |
| 27. | 61,0 | 61,0 | 61,5 | 62,0 | 60,0 | 63,0 | |
| 28. | 67,0 | 67,0 | 69,0 | 70,0 | 68,5 | 70,5 | |
| 29. | 66,5 | 66,5 | 64,5 | 66,0 | 66,0 | 70,0 | |
| 30. | 62,5 | 63,0 | 63,5 | 65,5 | 65,5 | 70,0 | |
| 31. | 57,5 | 58,0 | 59,0 | 62,5 | 58,0 | 62,5 | |

Dazu folgender Fall einer gesunden Frau:

| | Ausathmung. | Einathmung. |
|---|---|---|
| Mit Corsett und Rockbändern | 65,0 | 66,0 |
| „ „ ohne „ | 65,5 | 66,5 |
| Ohne „ mit „ | 64,0 | 65,5 |
| „ „ ohne „ | 66,0 | 68,0 |

Ich habe unter Leitung unserer damaligen, der Sache viel Verständniss entgegenbringenden Bielefelder Schwester die Mädchen wenigstens sich weite „Gesundheitscorsetts“ (gewirkt) anschaffen lassen; die Röcke

und Unterbeinkleider mussten sie sich an einen breiten Kollerbund-Gürtel zum Knüpfen umarbeiten, letzterer ruhte auf breiten Gurtbinden auf den Schultern. — Dass Lungenkranke fussfreie Kleider tragen sollen, hat man selbst heute noch nöthig zu erwähnen.

Für Volksheilstätten, in denen man oft in die Lage versetzt wird, den Anforderungen der Cur nicht genügende Kleidung durch bessere zu ersetzen, können Frauenvereine viel thun, indem sie in Haushaltschulen, Nähkränzchen, von Arbeitslosen u. s. w. Wäsche und Kleidung für diesen Zweck anfertigen lassen.

Anstaltskleidung erhalten alle Insassen in den Berliner Heimstätten, facultativ z. B. in Stiege. Meist bringen sie ihre eigene Kleidung mit, die allerdings oft vorher, namentlich von den Invaliditätsversicherungsanstalten auf einen „salonfähigen" Stand gebracht wird.

## 23. Der Auswurf und seine Beseitigung.

Mit wenigen Ausnahmen steht man heute auf dem Standpunkte, dass die Beseitigung der Disposition zur Tuberculose wichtiger sei, als der Bacillenfang. Aber doch ist die Beseitigung und das Unschädlichmachen des Auswurfs mit Sorgfalt durchzuführen, da die Zahl der Disponirten eben noch eine sehr grosse ist und die Ursachen dazu so mannigfache sind, dass wir sie so bald nicht aus der Welt zu schaffen vermögen.

Aufsehen erregten die Veröffentlichungen Flügge's über die Frage, wie eigentlich die Infection geschehe. Während unter Vorantritt namentlich Cornet's bewiesen zu sein schien, dass der mit dem Staube der Zimmer, Strassen u. s. w. getrocknete und aufgewirbelte Auswurf eingeathmet werde und so die Infection bewirke, fand neuerdings Flügge, dass auch die beim Husten, Niessen, Räuspern, lautem Sprechen in die Luft geschleuderten und sich dort vermöge ihrer Kleinheit haltenden Tröpfchen bacillenhaltig seien und eingeathmet werden könnten. Ja, er ging noch weiter, indem er die alte Ansicht als nur für seltene Fälle zutreffend erklärte, die neue die Regel bildend. (Flügge, über Luftinfection. Zeitschr. f. Hygienie, XXV, Seite 179—224, ferner Deutsche med. Wochenschrift 1897, No. 42 und 47. Wissemann, ebenda No. 45 und 51. Mazza, ebenda No. 49. Volland, ebenda 1898, No. 7.) Der Praktiker wird mit Wissemann's Worten sagen: „Von gewohnten Anschauungen trennt man sich nur schwer, und es werden die in Aussicht gestellten neuen Experimente abzuwarten sein", und wird bei seinen Massnahmen beiden Meinungen Gerechtigkeit widerfahren lassen.

Es ist zuerst in jeder Beziehung peinliche Reinlichkeit anzustreben. „Wer in diesem Punkte reinlich ist, hat schon das Wichtigste für die Desinfection der Sputa und zum Schutze seiner Umgebung geleistet", sagt Hueppe nach einer derben Charakteristik jetziger Unsitte (Wiener med. Wochenschrift 1897, No. 49—50). Lungenkranke sollen, was anständige Menschen überhaupt nicht thun, nicht mit ihrem Löffel, Messer

u. s. w. in gemeinsame Schüsseln (auch Salznäpfe!) fahren, die Speisen anderer nicht berühren (Auswählen von Brödchen und dergl.), sollen beim Husten, aber auch beim Räuspern, Niessen ihr Taschentuch vorhalten, sich Hand und Mund durch fleissiges Waschen und Ausspülen sauber halten. Den Auswurf sollen sie niemals verschlucken, aber auch nicht überallhin spucken. In Amerika fängt man an, das öffentliche Ausspucken zu verbieten, so in Chicago, in der New-Yorker Strassenbahn gegen 5 Doll. Strafe, auch in Sidney und in Meran, auch bei uns in den Strassenbahnen grosser Städte (Wien, Hamburg), einigen Bahnhöfen, Kirchen u. s. w. Anschläge mit solchen Verboten sollten sich in allen öffentlichen Gebäuden und auch an Strassen und Plätzen finden, denn es ist unglaublich, wie oft auf der Strasse, nur dem hygienisch gebildeten Beobachter auffallend, ausgespuckt wird. Natürlich ist in Heilstätten erst recht darauf zu sehen (in Heiligenschwendi steht eine Strafe von 1 Frank darauf!) und durch mündliche und schriftliche Belehrung das Verständniss dieser Frage zu fördern.[1])

Verbietet man aber das Ausspucken auf den Fussboden, so muss man auch für andere Spuckgelegenheiten sorgen. Zuerst für Spucknäpfe. Man füllte dieselben früher mit Sand oder Sägespähnen (diese noch in der Brehmer'schen Anstalt vor Kobert), auch mit Kaffeesatz (Wieblitz, über Verwendung getrockneten Kaffeesatzes zur Füllung der Spucknäpfe. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1895, S. 95). Anklingend daran ist der in der Zeitschrift für Krankenpflege (1895, S. 223) beschriebene Holzklotz, dessen oberer Theil holzwolleartig aufgelockert ist. Er wird in einen Papierteller gesetzt und nach dem Gebrauche verbrannt. Auch Papierschüsseln mit gleichem Endziele werden empfohlen, so z. B. eine von v. Schroetter in Wien angegebene, wenige Pfennige kostende. (Berliner Krankenpflege-Sammlung No. 278.) Der bayrische Obermedicinalausschuss sprach sich gegen solche Papiernäpfe aus. (Münchener med. Wochenschrift 1894, No. 7).

Man kam nach Cornet's Untersuchungen dazu, die Spucknäpfe mit Wasser zu füllen, mit oder ohne desinficirenden Zusatz (Königsberg-Goslar: Sublimat, Hohenhonnef: 5 pCt. schwarze Seife und 1 pCt. Kresol. Brompton: Carbolwasser, Gonansky: Holzessig — sem. méd. 1895 No. 4.—), das Beste ist jedenfalls die schon von Goldschmidt empfohlene, in der Heilstätte Loslau zum ersten Male praktisch eingeführte Wasserspülung. Einen Spucknapf mit Wasserspülung empfiehlt auch Hoessle (Zeitschr. f. Krankenpfl., 1898, No. 2, Seite 22). Nahm man früher als Spucknäpfe einfache flache auf dem Fussboden stehende Schalen (Ruppertshain, Königsberg), so brachte das Bestreben, das eingeworfene Sputum

---

[1]) Der Heilstättenverein für Lungenkranke im Reg.-Bez. Oppeln hat die bekannte „Belehrung über die ersten Zeichen beginnender Lungentuberculose“ und die „Rathschläge für Lungenkranke“ vereinigt und nach den im Vorstehenden erörterten Grundsätzen von mir umgearbeitet im Verlage der Buchdruckerei E. Raabe in Oppeln erscheinen lassen. Preis für 50 Stück 4,00 Mk., über 100 Stück à 5 Pfennige.

zu verdecken, bald mancherlei Formen, z. B. die Reiboldsgrüner sanduhrförmigen „Blumentöpfe“, der Spucknapf „Ideal“ von Ausbüttel-Düsseldorf, der „hygienisch-ästhetische“ Pedalspucknapf von Glogau-Berlin u. v. a. Diese Fussbodenspucknäpfe haben aber allerlei Nachtheile. Sie werden oft umgestossen, Kinder und Hunde kommen ihnen zu nahe, nach Flügge's Untersuchungen wird das hoch herab in die Flüssigkeit fallende Sputum die gefährlichen Tröpfchen erzeugen, endlich wird zum grossen Theil daneben gespuckt. Ein Zugeständniss dieses Uebelstandes bilden die in Ruppertshein untergesetzten Linoleumscheiben, in Brompton Holzteller, und Achtermann sagt in seinem Laubbacher Prospecte, dass er nie mit Staub aus den Räumen der Brehmer'schen Anstalt Kaninchen inficiren konnte, ausser einmal „und zwar durch den Staub von einer Scheuerleiste, an der ein Spucknapf stand; offenbar hatte ein (?) Patient unvorsichtiger Weise seinen Auswurf neben den Spucknapf entleert.“ Zähes Sputum, das oft vom Munde bis zum Fussboden Fäden zieht, 170 cm hoch richtig in den Napf zu bringen, ist schon mehr Kunst.

Man hängt daher jetzt die Spucknäpfe etwa in Brusthöhe, so alles dies vermeidend. Nach Hohenhonnefer Muster (auch in Falkenstein, Görbersdorf u. a. eingeführt) werden blaue mit einer Einkerbung versehene Gläser von eisernen Armen gehalten. Für Volksheilstätten würde, wo nicht Wasserspülung vorhanden ist, der Predöhl'sche Emailspucknapf in Form eines Pantoffels mit Deckel (Steinhart und Henning, Bergedorf) zu empfehlen sein, wenn er auch nicht für eine Kunstgewerbeausstellung geeignet ist (Oderberg).

In Schlafzimmern bringt man keine Spucknäpfe an, da sie zu Zielübungen aus dem Bett benutzt werden (Weicker), sondern giebt jedem Kranken auf sein Betttischchen eine sanduhrähnliche Spucktasse (mit Pappdeckel) oder ein leichter zu reinigendes sogenanntes kleines Uringlas, welche auf unsere Veranlassung jetzt aus blauem Glase hergestellt werden (von Poncet, Berlin). Für sehr Schwache empfiehlt Blumenfeld kleine Shirtingläppchen, die man sofort in Lysol wirft. Ein eigenartiges Spuckgefäss von Wellhöfer beschreibt A. Voll in der Münchener med. Wochenschrift 1894, No. 45.

Für spazierengehende Kranke gab Dettweiler eine Taschenspuckflasche an, welche, bequem zu handhaben, das Spucken auf den Fussboden auch in der Natur verhüten soll. Dies war gegen früher entschieden ein Fortschritt, und viele nehmen sich dieser Idee begeistert an. Das Taschentuch sollte zum Spucken gesellschaftlich geächtet werden, verlangte Goldschmidt. Vallin fordert, dass man jeden irgend an Auswurf leidenden Menschen zur Benutzung dieses Instruments veranlassen solle (Sur la nécessité des crachoirs de poche. Revue d'hyg. 1896, XVIII, 4). In der Baseler Volksheilstätte in Davos hat man überhaupt keine Spucknäpfe eingeführt, um nur Taschenfläschchen zu benutzen.

Nun ist aber doch zu bedenken, dass selbst bei guter Benutzung

von Fläschchen zum schnell eintretenden Hustenstosse, zum Räuspern, Niessen (Flügge!), aber auch zum Schnäuzen der Nase, zum Abwischen von Mund und Bart ein Taschentuch nöthig ist. Selbst wenn man die Bärte kurz schneidet, ist das nicht zu vermeiden, ja, selbst wenn man, wie in Berka, jedem Kranken eine Flasche mit Sublimatwasser in die Tasche steckt, womit er Mund und Vordertheil des Rockes von Zeit zu Zeit desinficiren kann! Daher nannte v. Ziemssen dieses Spuckfläschchen ein todtgeborenes Kind, und ich sprach es schon früher als meine Ansicht aus, dass man die Kranken wohl so erziehen könne, dass sie die Unsitte des Bodenspuckens abthun, das odiöse blaue Fläschchen werden sie aber im ferneren Leben nicht benutzen.

Man hat daher das Taschentuch wieder in Gnaden angenommen. Penzoldt schlägt vor, es täglich zweimal zu wechseln und sofort in 3 pCt. Lysol zu werfen, eventuell es zu verbrennen. Dazu hat die Göppinger Papierfabrik hygienische Taschentücher in den Handel gebracht, ein weitmaschiger, mit Papiermasse durchsetzter Stoff, 50 Stück 50 Pfennige, die man nach dem Gebrauche ins Feuer wirft.

In Brompton giebt man täglich ein neues Tuch, in Heiligenschwendi (ausser den Fläschchen) zweimal wöchentlich. In Ventnor und bei vielen (Driver-Jacobi, Heller, Hohe, neuerdings z. B. Marfan, Revue de la tuberculose 1897, No. 4) wird es als unentbehrlich hingestellt. Freilich wird man, wenn man gar keine Flaschen giebt, sondern die Kranken zu richtigem Gebrauche des Tuches erziehen will, entweder das Mitbringen einer grossen Anzahl von Tüchern verlangen müssen, oder, was sich wohl in Volksheilstätten nöthig machen wird, von der Heilstätte aus solche aus Papier geben. Der Vorschlag Schubert's (Monatsrevue f. Balneologie I), die Taschentücher in „Carbolblechbüchsen“ zu thun und nach dem Gebrauche zu verbrennen, war praktisch nicht verwendbar.

Ich möchte nicht unerwähnt lassen, dass ich in der Heilstätte Oderberg den Kranken einmal alle Vor- und Nachtheile der Spuckflaschen, wie der Taschentücher schilderte und nach achttägiger Bedenkzeit sie abstimmen liess, ob sie die Einführung dieses oder jenes für die arbeitenden Klassen für praktischer und angenehmer hielten. Das mich selbst überraschende Ergebniss war eine fast an Einstimmigkeit grenzende Majorität für die Spuckflasche.

Wenn man Spuckflaschen anwenden will, so ist dort, wo der Preis keine Rolle spielt, die Dettweiler'sche die beste. Leider ist sie ziemlich theuer. Von St. Andreasberg aus wurde daher ein unbequemes einfaches Fläschchen für Volksheilstätten in den Handel gebracht. Meine Bemühungen, dieses praktischer zu gestalten, führten zu einer von v. Poncet in Berlin zu beziehenden Spuckflasche. Auch Knopf in New-York hat ein neues Aluminiumfläschchen herstellen lassen. Ich habe diese Instrumente neuerdings in einem illustrirten Artikel „Zwei neue Spuckflaschen für Tuberculöse“ in der Zeitschrift für Krankenpflege (1898, No. 4) beschrieben, worauf ich hier verweisen kann.

Köhler gab ein einer Cigarrentasche ähnliches Pappetui als Taschenspuckgefäss an. (In den Verhandlungen der Hufeland'schen Gesellschaft); Stone (why the sputa of tuberculous patients should be destroyed. The amer. Journal of the med. sciences, 1891, März) schlägt ebenfalls Papiertaschengefässe vor, die man in der ärmeren Praxis aus Zeitungspapier improvisiren könne. (?)

Verkauft sollten, soweit unbemittelte Kranke in Betracht kommen, die Spuckflaschen nie werden (Schwendi), sondern ihnen immer von Anstaltswegen gegeben und beim Abschied als Eigenthum überlassen werden.

Die weitere Beseitigung des Auswurfs kann in verschiedener Weise geschehen. Vergraben empfiehlt sich nach einer Mittheilung von Lortet und Despeignes in der Académie des sciences in Paris (25. Januar und 4. Juli 1892) nicht, da Würmer solche Bacillen wieder an die Oberfläche beförderten. Zum Verbrennen wird man nur schreiten, wenn das ganze Gefäss mit in den Ofen geworfen werden kann. Im Adirondack Cottage Sanitarium wird (Hance, New York med. Record, ref. Hyg. Rundschau. 1897. No. 10. S. 498) in Papiernäpfe gespuckt, welche man in ein zum Theil mit feuchten Sägespähnen gefülltes, mit Petroleum begossenes Fass wirft und dreimal wöchentlich verbrennt. Einschütten in Torfmulleimer und Verbrennen dieser Masse in der Kesselfeuerung führte in Oderberg zu colossaler Schmiererei am Kessel und Klagen des Heizers über Verlöschen des Feuers. Und gar Verbrennen im Zimmerofen, wie es das dortige frühere Reglement für offene Quartiere forderte, ist graue Theorie.

Kirchner empfiehlt (Centralbl. f. Bakt. 1891. S. 5), Gläser mit Inhalt in einem dem Soxhlet ähnlichen Apparate zu kochen (Klempnermeister Schulze, Hannover. 25 Mk.); Blumenfeld hat dazu einen eigenen grossen Ofen angegeben (Zeitschr. f. ärztl. Polytechnik. 1896. No. 10. Gustav Mack, Frankfurt a. M.), Merke benutzt mit gutem Erfolg den von ihm zur Vernichtung der Cholerakeime zusammengestellten Apparat. (Merke, Die Behandlung der Choleradejectionen im städtischen Krankenhause Moabit - Berlin. Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 38. Guttmann, Bacteriologische Untersuchungen der im Kochzustande befindlichen Fäcalien. Ebenda. Sangalli, Apparat zur Sterilisirung der Auswurfstoffe der Cholerakranken. Ebenda. Kuhn, Krankenhäuser. S. 476.)

Die einfachste und wohl vollkommen genügende Entfernung ist die Entleerung in den Abtritt, sei es in Fäcalientonnen (am Grabowsee mit 2—3 proc. Lysol übergossen und mit Torfmull bedeckt), sei es zum Abfluss in die Kanäle mit Klärung (Hohenhonnef für bestimmte Jahreszeiten), sei es mit Verrieselung (Loslau). Dahin werden auch die Eimer geschüttet, in welche man die Spuckflaschen entleerte, was zumeist die Kranken selbst besorgen; in Sülzhayn nehmen dann noch Wärter eine genauere Säuberung vor, in Brompton kocht man die Flaschen nach der Entleerung aus.

## 24. Curdauer.

Wie lange ein Kranker in der Heilstätte bleiben soll, hängt, abgesehen von theoretischen Erörterungen, von ganz individuellen Verhältnissen ab. Zahlende Kranke, deren Mittel es gestatten, sollen lediglich dem Arzte die Entscheidung überlassen, solche mit beschränkten Mitteln nicht plötzlich deficiente pecunia abreisen, sondern diese Frage offen mit dem Arzte rechtzeitig besprechen, da er möglicherweise seinen Curplan darnach einrichten kann.

Für Angehörige von Krankenkassen und Versicherungsanstalten hat man, analog der 13 wöchentlichen Zahlungsverpflichtung der ersteren ein Vierteljahr als Norm angenommen. Dass diese Zeit eine zu beschränkte ist, ist schon mehrfach anerkannt worden: Die Hanseatische Vesicherungsanstalt gewährt auf Vorschlag des Heilstättenarztes wenigstens wochenlange Ausdehnung der Cur; die Badische Anilin- und Sodafabrik zu Ludwigshafen lässt ihre Arbeiter jetzt 6 Monate in ihrer Heilstätte zu Dannenfels und hat, wie Dr. Westhoven berichtete, seitdem viel bessere Dauererfolge als früher. An einigen Volksheilstätten müssen sich die Kranken vorher verpflichten, nicht vor der ärztlich angeordneten Entlassung wegzulaufen (Davos, Berka), andere lassen sie nach Belieben gehen (Oderberg); ersteres hat sein Bedenken, denn bei dem Gewichte, welches man sonst der psychischen Beeinflussung des Kranken zuschreibt, kann man von zwangsweiser Zurückhaltung etwa eines vom Heimweh Gepackten nicht viel Erfolg erwarten; letzteres ist für Arzt und Verwaltung unangenehm, auch würde sich ein Kranker, wenn er wenigstens noch einige Zeit bliebe, oft seinen Schritt noch überlegen. Es empfiehlt sich daher, achttägige Kündungsfrist festzusetzen (Loslau).

## 25. Psychische Beeinflussung und hygienische Erziehung.

Kann man alle die bisher gegebenen Vorschriften dem Kranken kurz und präcis ertheilen und ihm, damit er sie jederzeit vor Augen haben und streng befolgen kann, in Gestalt einer gedruckten Curvorschrift in die Hand geben, so gehört zur rechten Behandlung noch ein Factor, welcher eine persönliche Hingebung des Arztes einerseits, volles Vertrauen des Kranken andrerseits erfordert, die psychische Beeinflussung und die Erziehung zu hygienischer Lebensweise.

Meine in Loslau (früher in Oderberg in etwas anderer Form) eingeführte Curvorschrift hat folgenden Wortlaut:

Der Auswurf ist nur in die Spucknäpfe oder in die Taschentücher zu entleeren. Ausspucken auf den Fussboden ist sowohl in den Anstaltsräumen, als auch im Walde, auf den Strassen, kurz überall im Interesse der Kranken selbst und des anderen Publikums unbedingt verboten. Sollte sich Blute im Auswurf zeigen, so ist sofort der Arzt zu benachrichtigen; bei stärkerer Blutung begiebt sich der Kranke sofort zu Bett.

1. In der Zeit vom 1. Frühstück bis zum ärztlichen Besuche in der Liegehalle hat jeder Kranke auf seinem Sessel zu liegen.
   Von da bis zum 2. Frühstück:
   Vom 2. Frühstück bis 11 Uhr:
   Von 11 Uhr bis Mittag:
   Nach Tische bis 3 Uhr:
   Von 3 Uhr bis zum Vesper:
   Vom Vesper bis 6 Uhr:
   Von 6 Uhr bis zum Abendbrod:
   Vom Abendbrod bis zum Schlafengehen:
   Besondere Vorschriften:
   Um Uhr hat sich der Kranke zum Turnen einzufinden. Beim Spazierengehen ist langsam zu gehen, bei jeder Erscheinung von Ermüdung (Kurzathmigkeit, Herzklopfen u. s. w.) auszuruhen. Athemübungen sind vorzunehmen.
2. Früh im Bett trockene Abreibung .
   Früh im Bett Abreibung mit Wasser von Grad.
   Ausser Bett feuchte Abreibung
   nasse Abreibung
   Dusche
   Jeden um Uhr ein warmes Wannenbad von Grad mit kalter Brause. Darnach . Heisses Fussbad mit kalter Abgiessung jeden um Uhr.
   Besondere Vorschriften:
3. Kost.

   Jede Veränderung im Befinden, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörung und dergl. ist ungesäumt dem Arzte mitzutheilen. Alle Speisen sind langsam und gut zu kauen; nicht zu heiss essen und trinken. Milch ist stets in kleinen Schlucken allmählich zu trinken.

   Alkohol- und Tabakgenuss in jeder Form ist schädlich und daher untersagt.

Die paedagogische Behandlung Lungenkranker bildet einen der Grund- und Ecksteine der Phthisiotherapie, sagt Dettweiler. Ja, sie ist so wichtig, dass alle gute Luft, alle schönen Wasseranwendungen, kurz alles nichts nützt, wenn dieser Theil der Behandlung schlecht oder erfolglos durchgeführt wird. Daher soll man den Kranken in eigene Heilstätten schicken, daher soll man ihn nicht im Privathause und nicht im Krankenhause behandeln. Alles kann man schliesslich dort verschaffen, aber das hingebende Eindringen des Arztes in die Psyche des Kranken kann nicht der selbst täglich erscheinende Hausarzt bieten, dem noch tausenderlei andere Dinge durch den Kopf gehen müssen, kann erst recht nicht der Arzt des Krankenhauses. Man darf daher auch die Stelle des dirigirenden Arztes an Volksheilstätten nicht mit nur zeitweise commandirten Militärärzten besetzen. Jeder neue muss — selbst wenn er ein „fertiger Phthisiotherapeut“ ist — an Ort und Stelle von vorn anfangen.

Einer der besten Kenner der Psyche Tuberculöser, Heinzelmann, stellte fest (Zeitschr. f. Krankenpflege 1894. S. 213), dass wirkliche psychische Alterationen bei Phthisikern häufig sind und sich zeigen 1. als Schwäche des Gemüthslebens, Labilität der Stimmung, Neigung zur Rührseligkeit, Gereiztheit, leichte Erregbarkeit, Schlaflosigkeit, oder 2. als Schwäche der Intelligenz, Optimismus, schlechte Kritik, Unlust, Neigung zu impulsiven Handlungen, erhöhtes Triebleben und dergl. Unter eine dieser Klassen gehört jeder Phthisiker; daher ist er nebenbei oder eigentlich besser in erster Linie psychisch zu behandeln. Nicht mit Unrecht hat daher Weicker in sein Krankenbuch eine Spalte: „Charakter des Kranken" aufgenommen, was wir ihm gern nachthun wollen.

Daher die grosse Bedeutung auch, welche die Person und der Charakter des Arztes hat, ganz abgesehen von seinem medicinischen Fachwissen, ja in gewissem Sinne wichtiger als dieses. Seine Persönlichkeit soll imponiren, nicht äusserlich[1]), sondern durch seinen für die Kranken bald zu Tage tretenden Charakter. Ein ernster, nicht leichtfertiger Mensch, der den Kranken liebevoll, wenn auch, wo nöthig, streng entgegentritt und an rechter Stelle einen Scherz zu machen versteht, ein Mann, der nicht Abends bezecht heimkommt oder von dessen Familienleben die ausgefragten Dienstboten Schlimmes erzählen — so kleinlich so etwas erscheint, so bedeutungsvoll ist es — wird Einfluss auf die Kranken gewinnen; merken sie, dass er das Herz auf dem rechten Flecke hat, so vertrauen sie ihm. Und darauf beruht die ganze Therapie.

Dettweiler scheute sich nicht, als Mann der Wissenschaft in einem wissenschaftlichen Buche von der Bedeutung der Hemdenknöpfe, des Abtrittsitzens u. s. w. zu reden: mögen damals manche doctissimi die Nase gerümpft haben, heute hat sich die „Devise des Lungenarztes": Im Kleinen gross sein! Geltung verschafft. Die Wissenschaft hoch in Ehren, aber bei der Krankenbehandlung heisst es: hinein ins Leben! Möge das Gelehrtenthum, wenn es die Führerschaft bewahren will, den Kothurn ablegen, mit festem Tritt durch das triviale Gebiet des alltäglichen Krankseins hindurchschreiten und ohne Zagen nur in das menschliche Leben hineingreifen! (Paul Niemeyer).

Der Arzt muss wissen, wie es beim Kranken und namentlich beim Arbeiter daheim aussieht, seine Wohnung, seine Lebensweise kennen, von seiner Beschäftigungsart etwas wissen; eine einzige Aeusserung gewinnt ihm den Mann. Er soll als Anstaltsleiter der Frage einer zerrissenen Hose dem Kranken gegenüber mit der gleichen Sorgfalt nahetreten, wie dem schwierigsten Problem, denn für jenen ist sie oft wichtiger, als dieses. Er soll sich auch in den Ideenkreis, in die religiösen, sittlichen, ja politischen Anschauungen desselben hineinversetzen können, um vieles verstehen zu lernen.

---

[1]) Att en läkare behandlar sina patienter som en Korpral sina rekryter är för oss svenskar egentligen något nytt. Men i Preussen är det ej något ovanliget. Berg, Skisser.

Gelingt ihm dies alles, erfüllt er diese Bedingungen, dann bedarf's gar keiner Belehrung mehr über psychische Beeinflussung des Kranken, sie ergiebt sich von selbst.

Ist diese Grundlage nun gelegt, so kann der Arzt mit dem zweiten Theile, der hygienischen Belehrung und Erziehung, beginnen, gesprächsweise beim Untersuchen, beim Rundgange, durch Beantwortung eines Fragekastens, durch Vorträge und Vorlesungen.

Die erste Frage ist die klassische: dic cur hic, warum bist du hier? In volksthümlicher Weise ist das Wesen der Tuberculose zu erörtern, wie sie entstand, worin sie besteht. Passende Schriften können zur Belebung zum Verlesen kommen. Die Anatomie und Physiologie der Lunge, einiges über Bacillen werden durch selbstangefertigte Wandtafeln erklärt (glücklich die Heilstätte, der man ein Skioptikon schenkte!), die Begriffe der Disposition und Erblichkeit, der Infection und Ansteckungsfurcht, im Anschlusse daran die Hustendisciplin, die Auswurfvernichtung werden erörtert. Léon-Petit sagt, man könne hier durch Autorität oder durch Ueberzeugung wirken. Der deutsche Kranke gehorche lieber, der französische werde überzeugt. Das ist ein ebenso überwundenes, einem früheren Standpunkte entsprechendes Vorurtheil, als ein Wort Hoffmann's: man müsse alle Verordnungen beim Durchschnittspublicum mit einem gewissen Mumpitz — pardon, er sagt Aufputz, versehen. Unser Volk ist arg modern geworden. Ich liess meine Kranken in Oderberg abstimmen, ob für das Volk kurze, präcise Regeln besser seien (z. B. Rathschläge der Hamburger Medicinalbehörde) oder ausführliche, populäre, erklärende Schriften: fast einstimmig entschied man für letztere. Man will heutzutage wissen „Warum!" „Der Spruch: wer einsieht, will, wer will, muss! ist eine Leuchte, die man nicht aus der Hand legen darf" (Dettweiler). Liegecur, Wassermaassnahmen, Abstinenz vom Alkohol, alles führt jemand eher, lieber und besser aus, wenn er den Grund dafür weiss.

Die Belehrung hat sich aber noch weiter zu erstrecken. Mühsam wird in der Heilstätte der sieche Leib und die angegriffene Seele reparirt, blühend oft verlässt der bleich Eingetretene die Anstalt: aber noch ist seine „Cur" nicht beendet, noch ist es nöthig, dass er jahrelang an sich weiter baut, gesundheitsgemäss lebt, um nicht wieder krank und kränker zu werden, als vordem. Hier hat die Heilstätte wieder einzusetzen und gut zu machen, was mangelhafte Schulbildung und verkehrte Volkserziehung verschuldet hatte: sie muss den Kranken Belehrung über das ganze grosse Gebiet der persönlichen Hygiene bieten. So sollt ihr leben! steht als Ueberschrift über den weiteren Vorträgen, deren Abhaltung zur Pflicht des Heilstättenarztes gehört.

Abermals rümpfen manche Docti die Nase, denn Belehrung erzieht Curpfuscher (vergl. Therapeutische Monatshefte 1897. No. 11. S. 579). Aber eine moderne Brise bläst heute diesen Gelehrtenstaub hinweg, grosse Kliniker voran treten für Belehrung des Volkes ein, und niemand wird dieses Rad aufhalten. „Es wird jedem Staatsbürger zugemuthet, die Reichs-

und Landesgesetze zu kennen, in kaufmännischer, technischer und vielen anderen Beziehungen hat jeder Gebildete eine grosse Summe von Kenntnissen und Erfahrungen nöthig, wenn er sich vor Nachtheilen, Uebervortheilungen u. s. w. schützen will. Warum soll gerade dasjenige Gebiet, welches doch jedem Menschen am nächsten liegt, die Kenntniss des eigenen Körpers und seiner Functionen, sowie der Störungen derselben, ihrer Ursachen und die Mittel zu ihrer Verhütung und Beseitigung ihm verschlossen bleiben, wie ein Buch mit sieben Siegeln?" (Driver).

Der Bedeutung der Körperpflege, der Luft, der Körperhaltung beim Arbeiten, Lesen, Schreiben, der Abwechslung und Erholung, der Körperbewegung und des Sports ist ein Wort zu widmen, die Wichtigkeit der Hautpflege und Abhärtung, der Kleidung, des Bettes, der Ernährung (Volksernährung!) und der — durch bunte Tafeln erläuterten — Nahrungsmittel, der Zahnpflege und des Alkohols ist zu besprechen. Die Anforderungen einer gesunden Wohnung und ihre Einrichtung, die Ehe und die Hygiene der Frau, Kinderpflege, Krankenpflege, die Bedeutung geistiger Aufregungen, die Arbeits- und Gewerbehygiene sind in den Bereich der Vorträge zu ziehen.

Dies zeigt schon, dass die Belehrung über den einzelnen hinausgreifen und sich auch auf seine Angehörigen, seine Arbeitsgenossen erstrecken soll. Die Heilstätteninsassen sollen, wieder ins Volk zurückgekehrt, — behalten wir den oft gebrauchten Ausdruck bei — Apostel der Gesundheitspflege für dasselbe werden und so zu ihrem Theile mithelfen, die Ueberzeugung von der Nothwendigkeit durchgreifender Reformen an Haupt und Gliedern überall hin zu verbreiten. Aber allein können diese entlassenen Kranken das grosse Werk nicht verrichten, Tausende müssen, von der grossartigen Idee ergriffen, mitarbeiten, und so zieht die Bewegung immer weitere Kreise, sie identificirt sich, wie schon mehrfach ausgesprochen wurde, mit der Behandlung der socialen Frage. Das Uebel bei der Wurzel zu fassen, Prophylaxe, Krankheitsverhütung, welche selbst Koch für unendlich wichtiger und vortheilhafter als alle Therapie erklärte, zu treiben, um Krankheitsheilung weniger nöthig zu haben, ist die Losung, welche jetzt für eine täglich wachsende Armee gilt. Doch würde eine Weiterverfolgung dieses Gedankens über das diesen Blättern gesteckte Ziel hinausreichen.

## 26. Fürsorge nach der Entlassung.

Wenn wir uns unseren Kranken wieder zuwenden, so müssen wir ihnen, soweit sie Arbeiter sind, wenigstens soweit im Rahmen der noch thatsächlich vorhandenen mangelhaften Verhältnisse möglich, Lebensbedingungen zu schaffen suchen, unter denen sie sich gesund erhalten können. Das geschieht einmal, indem wir ihnen Verdienst verschaffen, ferner indem wir ihnen, wenn nöthig, einen Berufswechsel ermöglichen.

Die zu nennenden Maassregeln sind: 1. Fürsorge für Offenhalten der Arbeitsstellen (Freund, Ascher u. a.). Man darf in unserer

Zeit freilich nicht all zu viel Vertrauen auf die Menschenfreundlichkeit der Arbeitgeber setzen. Jedenfalls gilt das, was Corvettenkapitän Harms in Frankfurt sagte, dass der Arbeitgeber sicher den entlassenen Arbeiter so beschäftigen werde, dass die Cur nicht in Frage gestellt wird, zumindestens nur von Grossbetrieben, nicht von kleineren Unternehmern, die überhaupt nur wenige Arbeiter einstellen. Es macht sich daher nöthig: 2. ein Arbeitsnachweis. Jede Lungenheilstätte sollte mit grösseren Arbeitsnachweisstellen in Verbindung stehen oder sich selbst einen solchen schaffen (Sommerfeld, Therap. Monatshefte 1898. No. 1. Seite 19. Blumenfeld). Durch die namentlich in Vereinsheilstätten bestehende Verbindung mit den Frauenvereinen der Gegend oder mit Ortsgruppen des Vereins selbst müssen rechtzeitig die Fühler ausgestreckt werden. Die Versicherungsanstalt Hannover hat ausserdem mit eigenen Vertrauensmännern und mit den Geistlichen beider Confessionen gute Erfahrungen gemacht.

In Stiege (Braunschweiger Inval.-Vers.-Anstalt) besagt § 18 der Hausordnung: „Spätestens 3 Wochen vor der Entlassung aus der Heimstätte hat jeder Pflegling den Hausvorsteher zu bitten, dass dieser an geeigneter Stelle um Arbeit für den zu Entlassenden nachsucht.“ Das Finden einer Stellung durch die Kranken selbst von der Heilstätte aus ist, wie Weicker anschaulich schildert und wie ich oft zu beobachten Gelegenheit hatte, sehr schwer. Noch mehr Schwierigkeiten macht der Berufswechsel. In der Badischen Anilinfabrik stellt man den aus der Heilstätte Dannenfels zurückkommenden Arbeitern grössere Summen zur Verfügung, wenn sie austreten und sich einen andern Beruf suchen wollen: selten wird davon Gebrauch gemacht. Freund sagt darüber: „Einen Berufswechsel für die Arbeiter vorzunehmen, gelingt in den seltensten Fällen. Je mehr die Arbeitstheilung fortschreitet, je einseitiger der Arbeiter ausgebildet ist, um so schwieriger ist es, ihn unterzubringen. Und nun vollends die Beschäftigung in der Landwirthschaft, auf die so oft hingewiesen wird. Hier kommt die entschiedene Abneigung der Arbeiter, auf's Land zu gehen, in Betracht, und so wie die Dinge liegen, glaube ich, dass die Versuche, die Leute auf's Land zu bringen, durchaus fehlschlagen werden. Die Arbeitgeber sind auch nicht geneigt, derartige Leute zu nehmen. Sie wollen die grossstädtischen Arbeiter nicht auf's Land haben, damit sie, wie die Gutsbesitzer sagen, die ländliche Bevölkerung nicht mit ihren socialdemokratischen Ideen verseuchen.“ (Schriften der Centralstelle etc. No. 12, Seite 122). Allerdings muss es ja nicht allemal ein Uebergang zur Landwirthschaft sein! Die Heilstätten-Correspondenz schreibt (1898, No. 5) über die Frage des Berufswechsels: „Vorbedingung sind für einen derartigen Wechsel der Beschäftigung gewisse Vorkenntnisse; auch für gärtnerische und landwirthschaftliche Arbeiten sind solche unerlässlich. Aus diesen Gründen entwickeln sich in den Kreisen der Heilstätteninteressenten Bestrebungen, welche darauf abzielen, im Bedarfsfalle die Pfleglinge frühzeitig auf den etwaigen Berufswechsel hin vorzubereiten, wobei von dem Gedanken

ausgegangen wird, dass die letzten Wochen des Cur-Aufenthalts entweder in der Heilstätte selbst oder aber in besonderen Nachcur-Anstalten benutzt werden müssen. Die unter der Leitung Ihrer Durchlaucht der Prinzessin Elisabeth zu Hohenlohe thätige Damengruppe des Volksheilstättenvereins vom Rothen Kreuz ist gegenwärtig betreffs der Heilstätte am Grabowsee mit bezüglichen Arbeiten beschäftigt." Man wird die Ergebnisse abwarten müssen.

3. Ein kleiner Nothbehelf ist der von manchen Krankenkassen eingeführte Begriff der Schonung. Auf ärztlichen Rath hin zahlt die Kasse dem Entlassenen noch 8—14 Tage Krankengeld, damit er sich noch kräftige, sagen sie, damit er Stellung finde, wir. 4. Grössere Mittel sind es, welche z. B. Blumenfeld vorschlägt, wenn er sagt: „Wenn die in Deutschland von Seiten der Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten in grossem Stile Platz greifenden Bestrebungen zu Gunsten der weniger bemittelten Phthisiker ihrem socialen Zweck und ihren höheren humanen Zielen ganz gerecht werden wollen, so werden sie auch den als arbeitsfähig Entlassenen die Möglichkeit gewähren müssen, in geeigneter Beschäftigung und Lebensführung die wieder erlangte Arbeitsfähigkeit zu erhalten." Ich schlug früher, unter Hinweis auf die Vereinigung zur Fürsorge für kranke Arbeiter in Leipzig die Einrichtung von grossen Gütern oder hygienisch arbeitenden Fabrikbetrieben durch den Staat oder die Invaliditätsversicherungsanstalten vor. (Die Gegenwart, 1897, No. 12). Eine neuerdings mehrfach besprochene Idee ist die Einrichtung von ländlichen Colonien für entlassene Lungenkranke, wie sie Wolff und Goldschmidt schon früher für Lungenkranke an Stelle der Heilstätten empfahlen. (S. a. Vorwärts, 1897, No. 88. 14. April. — Vergl. Baumann, Gesundheitscolonien, Bitterfeld, 1893). Weicker befürwortet die Anstellung entlassener Kranker als Arbeiter in den Sanatorien selbst. „Das wird natürlich um so glatter geschehen können, je grösser die Heilanstalt und je mehr Kräfte somit gebraucht werden" (Schr. d. Centralst. 12. S. 137)[1]. Man könnte ja solche Nachcurler in einer Döcker'schen Baracke wohnen lassen. Pfarrer Weber (ebenda, Seite 140) hält im gleichen Sinne Nachstationen mit Gartenarbeit nach von Bodelschwingh's Muster für geeignet.

Goldschmidt sagt in seinem Vortrag über die Pflichten des Staates gegen die Tuberculösen, man solle Colonien denen der Irrenanstalten ähnlich bilden. „Nicht jeder Schwindsüchtige ist arbeitsunfähig. In der Fabrik freilich darf er unter keinen Umständen weiter arbeiten, und die dumpfe Stadtluft ist ihm Gift, und er wird dem Boden, aus dem er Nahrung zieht, mit Freuden die neu errungenen Kräfte widmen." Die Idee zur Probe praktisch auszuführen, wäre eine herrliche Aufgabe für einen unserer, grosse Ländereien besitzenden Magnaten. —

---

[1]) Neuerdings schlägt Weicker (Ueber die Fürsorge für unsere lungenkranken Reconvalescenten [besser wohl: „reconvalescenten Lungenkranken". L.]. Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 20) Bildung eigener Vereine dazu vor.

Anhangsweise sei hier noch erwähnt, dass die Stettiner Conferenz der Invaliditäts-Versicherungsanstalten beschloss, in folgender Weise sich der Entlassenen anzunehmen:

„Die mit Erfolg entlassenen Pfleglinge sind unter Controle zu halten. Es empfiehlt sich, mindestens ein Mal alljährlich während der auf die Entlassung folgenden fünf nächsten Jahre neu festzustellen, zu welcher der verabredeten Categorien der Pflegling gehört.

Diejenige Versicherungsanstalt, welche in Erfahrung bringt, dass einer ihrer früheren, noch unter Controle stehenden Pfleglinge seinen Wohnsitz in den Bezirk einer anderen der an diesem Beschlusse betheiligten Anstalten verlegt, wird der Versicherungsanstalt des neuen Wohnortes Nachricht von dem Krankenfürsorge-Falle geben. Die letzte Anstalt wird den Pflegling nach den für ihre eigenen Pfleglinge bestehenden Grundsätzen in Controle nehmen und der ersteren Anstalt alljährlich Mittheilung über den weiteren Erfolg der Fürsorge machen."

## VI. Innerer Betrieb der Heilstätte.

### 27. Verwaltung.

Die Verwaltung von Anstalten für zahlende Kranke wird sich nach so vielen örtlichen Gesichtspunkten richten, dass hier von ihr füglich abgesehen werden kann. Einheitlicher verhält es sich mit den Volksheilstätten. Dass der Arzt der oberste Leiter des ganzen Betriebes sein muss, wurde schon erörtert. Dagegen dürften ernstlich zu nehmende sachliche Gründe nicht mehr vorgebracht werden können. Anders steht es mit der Frage, ob Schwestern oder ein Verwalter die wirthschaftliche Leitung führen soll. Schultzen sagt darüber: „Eine wesentliche Unterstützung der Aerzte in dieser (psychische Einwirkung) wie in mancher anderen Richtung bilden gerade beim Krankenmaterial der Volksheilstätten die Pflegerinnen, bezw. Schwestern aus gebildeten Kreisen, deren Wirksamkeit sich in unserer Heilstätte ausserordentlich bewährt hat und die ich nach meinen Erfahrungen, besonders bei grösserer Krankenzahl, für unentbehrlich halte." Man hat z. B. auch für die Heilstätte Sülzhayn beschlossen, Schwestern anzustellen. „Die Anstellung eines Inspectors ist aus mancherlei Gründen nicht empfehlenswerth. Sie vertheuert und complicirt die Verwaltung, macht besonders umfangreiche Controlmassregeln erforderlich und lässt leicht üble Erfahrungen befürchten." (Denkschrift über die Verwaltung der Heilanstalt Sülzhayn). Das hat gewiss manches für sich; ein guter Verwalter ist schwerer zu finden, als eine zuverlässige Schwester. Die Disciplin kann durch den veredelnden Einfluss, wenn natürlich auch unter solchem Rüpeleien vorkommen, leichter gehandhabt werden.

Man kann sich solchen Erwägungen nicht verschliessen, darum hat man auch zumeist Schwestern gewählt, selbst Weicker, der früher

für einen kaufmännisch gebildeten, auf der Bildungsstufe des Arztes stehenden Verwalter eintrat, hat später eine Oberin angestellt.

Wo man indessen von Schwestern absieht (Oderberg, Loslau), ist die Thätigkeit des dem Arzte unterstehenden Verwalters durch eine Ordnung zu regeln. Die Loslauer mag zur Charakteristik der ganzen Stellung hier Platz finden.

Der Verwalter der Heilstätte Loslau hat den ganzen wirthschaftlichen Betrieb derselben in allen Theilen unter Oberleitung des Arztes zu führen und zwar unter folgenden Grundsätzen:

Der Verwalter ist der Untergebene des Anstaltsarztes und übt seine gesammte Thätigkeit zwar selbstständig, jedoch in den Grenzen aus, wie sie ihm seitens des Anstaltsarztes und der Statuten des Heilstättenvereins gezogen werden. Er ist verpflichtet, im steten Zusammenhang mit ersterem seine Thätigkeit auszuüben und ihm jederzeit Einblick in dieselbe zu gewähren und Auskunft darüber zu geben.

Bei irgendwelchen Differenzen mit dem ihm vorgesetzten Anstaltsarzt hat der Verwalter sich unmittelbar an den Vorsitzenden des Vereins zu wenden.

Der Verwalter führt die Aufsicht über die Thätigkeit des gesammten Personals und hat die Sorge für die Unterkunft und gehörige Verpflegung der Kranken und Angestellten nach Anweisung des Arztes.

Der Verwalter ist verpflichtet, in der Aufsicht der Patienten den Anstaltsarzt zu unterstützen und jederlei Beobachtungen demselben zu melden. Er hat auf die grösste Sauberkeit der Patienten zu achten und ist für Ordnung und Reinlichkeit der Heilstätte verantwortlich. Er hat auf das Strengste die Innehaltung der Hausordnug und sonst etwa erlassener Vorschriften zu überwachen. Die vom Arzte etwa erlaubten Arbeiten der Patienten hat der Verwalter zu beaufsichtigen und dabei Sorge zu tragen, dass sie in den bestimmten, vom Arzte vorgeschriebenen Grenzen bleiben.

Diese vorgeschriebene Thätigkeit erfordert ein möglichst enges Zusammenleben des Verwalters mit den Kranken. Er ist verpflichtet, bei den Mahlzeiten anwesend zu sein, für die Platzordnung zu sorgen und darüber zu wachen (unter Umständen durch Vertheilung des Essens), dass jeder Kranke zu seinem Rechte kommt. Hierbei wird er von den dienstthuenden Wärtern unterstützt.

Der Verwalter hat nach Möglichkeit für eine anständige Art des Verkehrs der Kranken untereinander Sorge zu tragen und etwaige Zwistigkeiten zu schlichten.

Der Verwalter soll ebenso wie die Wärter über die am häufigsten vorkommenden Erscheinungeu plötzlicher Erkrankungen und Verschlimmerungen des Krankheitszustandes bei Lungenkranken soweit unterrichtet sein, dass er bei plötzlichen gefährlichen Zufällen, bis der sofort zu rufende Arzt erscheint, die nothwendigsten Massregeln zu treffen weiss.

Der Verwalter hat das Recht der Ermahnung und der Zurechtweisung den Kranken gegenüber bei jedem Verstosse gegen die Hausordnung, hat jedoch stets darüber dem Anstaltsarzte baldmöglichst Meldung zu machen.

Der Verwalter hat die Aufsicht über den Betrieb von Küche, Keller, Wäsche, Stall, Beleuchtung und Wasserleitung. Küche, Keller und Wäsche unterstehen in erster Linie der Frau des Verwalters. Der Verwalter hat diese Aufsicht mit dem dazu angestellten Personal wahrzunehmen.

Betreffs Küche und Keller hat der Verwalter für Beschaffung von der ärztlichen Vorschrift entsprechender guter Verpflegung, wie für zweckmässige rechtzeitige Anschaffung der Materialien Sorge zu tragen.

Bei der Aufsicht über Beleuchtung und Wasserleitung ist dem Verwalter vor-

geschrieben, auf Sparsamkeit zu halten und den ordnungsmässigen Zustand des Betriebes zu überwachen.

Der Verwalter hat die Bestellung des zur Anstalt gehörigen Landgebietes nach der Anordnung des Arztes zu besorgen und für einen geordneten Betrieb der Oberwässer-, sowie der Rieselei-Anlage Sorge zu tragen.

Das gesammte Inventar der Anstalt ist der Aufsicht des Verwalters und seiner Frau unterstellt. Er hat Ausbesserungen und Neuanschaffungen beim Anstaltsarzte zu beantragen.

Sämmtliche Gebäude, Grundstücke und Anlagen hat der Verwalter zu beaufsichtigen und in Ordnung zu halten, nothwendige Ausbesserungen sind unverzüglich, nach eingeholtem Einverständniss des Arztes auszuführen.

Die Buch- und Rechnungsführung der Anstalt, sämmtliche Bestellungen, sowie das darauf bezügliche Schreibwerk liegen dem Verwalter ob. Er hat dem Kassenrendanten rechtzeitig die Unterlagen zur Vereinnahmung der Verpflegegelder sowie zur Bezahlung der fälligen Rechnungen zu geben und ihm allmonatlich Abrechnung über die zur Bestreitung kleinerer laufender Ausgaben zu führende Hauskasse zu geben.

Werthgegenstände können von Patienten dem Verwalter gegen Quittung übergeben werden und müssen vom letzteren unter seiner Haftung aufbewahrt werden.

Beurlaubung für längere Zeit hat der Verwalter bei dem Vorsitzenden des Vorstandes schriftlich zu beantragen. Urlaub von dreitägiger Dauer kann der Anstaltsarzt ertheilen. Das Verlassen des Anstaltsgebietes ist nur dann zulässig, wenn der Arzt in der Anstalt verbleibt.

Nach dem Vorgange Weicker's hat man in verschiedenen Heilstätten Obmänner eingeführt, um ein vermittelndes Glied zwischen der grossen Kopfzahl der Kranken und dem gern jedem nahe tretenden Arzte zu bilden. Ueber diese Einrichtung unterrichtet am besten die Obmännerordnung, weshalb diejenige der Heilstätte Loslau hier eingefügt werden soll.

1. Das Amt der Obmänner ist ein Vertrauens- und Ehrenamt.

2. Je eine Hausabtheilung erhält einen Obmann. Die Insassen der betreffenden Abtheilung schlagen dem dirigirenden Arzte bei Erledigung der Stelle eines Obmannes nach Berathung untereinander drei aus ihrer Mitte für die erledigte Stelle vor. Die Dauer der Obmannschaft des Einzelnen bestimmt der dirigirende Arzt je nach dessen Tüchtigkeit, Gesundheitszustand oder sonstigen in Betracht kommenden Rücksichten.

3. Den Anordnungen ihres Obmannes haben die Kranken einer Hausabtheilung Folge zu leisten. Es steht ihnen jedoch das Recht zu, sich nachträglich zu beschweren und auf Abänderung der Anordnung für die Zukunft anzutragen.

4. Wenn die Kranken glauben, Anlass zu Beschwerden über die ihnen gewährten Speisen und Getränke oder über die für sie getroffenen Einrichtungen zu haben, so sind diese in der Regel zunächst bei ihrem Obmanne vorzubringen. Dieser hat sie dem dirigirenden Arzte zu übermitteln.

Die Obmänner haben sich angelegen sein zu lassen, wenn unbegründete Beschwerden vorgebracht oder unbescheidene oder sonstwie unerfüllbare Ansprüche erhoben werden, den Beschwerdeführern und Antragstellern das richtige Sachverhältniss darzulegen.

5. Der Obmann ist der Heilstättenleitung verantwortlich für die Ordnung und Sauberkeit der Zimmer, soweit diese von den Kranken zu besorgen ist. Er hat dar-

auf zu halten, dass von den zu seiner Abtheilung gehörigen Kranken die Haus-, Tisch-, Spiel- und Büchereiordnungen genau beobachtet werden, und hat von Zuwiderhandlungen dem Arzte Anzeige zu machen.

Er hat die Ordnung zu bestimmen, in welcher die einzelnen Kranken seiner Abtheilnng an den von diesen vorzunehmenden Geschäften zu betheiligen sind, hat bei Tische bei der Austheilung der Speisen mitzuhelfen und für die Einhaltung der Tischordnung zu sorgen, hat auf Beobachtung der für die Benutzung der Waschzimmer und Aborte geltenden Vorschriften acht zu geben, bei Spaziergängen und Ausflügen auf ein gutes Verhalten der Kranken Obacht zu geben und alle sonstigen Aufgaben zu erledigen, die ihm zur Aufrechterhaltung der Ordnung übertragen werden.

Der Obmann hat ferner nach Anweisung des Arztes die Temperaturmessungen bei den Kranken seiner Abtheilung zu beaufsichtigen und die genaue Ausführung der den Kranken ertheilten Curvorschriften, namentlich der Abreibungen zu überwachen. Von etwaigen durch Kranke der betreffenden Abtheilung begangenen Verstössen gegen die Curvorschriften oder die Hausordnung (Auswurf!) hat der Obmann sogleich dem Arzte Anzeige zu machen.

6. An den vom Arzte bestimmten Zeiten — in der Regel wöchentlich — haben sich alle Obmänner zur gemeinsamen Berathung beim Arzte einzufinden. Bei diesen Berathungen sind, soweit nicht dringende Erledigung erforderlich war, alle Wünsche und Beschwerden vorzutragen.

Die ganze Einrichtung scheint sich zu bewähren und wird voraussichtlich immer mehr Anklag finden. An einem Punkte wird man m. E. festhalten müssen, dass das Obmannsamt ein Ehrenamt ohne Bezahlung ist. Die in der Heilstätte Oderberg eingeführte Anerkennungszahlung von etwa 1 M. für die Woche führte insofern zu Misshelligkeiten, als die Obmänner, wenn sie ihre Pflicht thaten, als bezahlte Spione bezeichnet wurden und ihnen gedroht wurde, den Krankenkassen anzuzeigen, dass sie Geld verdienten. Den Leuten war das so unangenehm, dass oft um Abnahme des Amts gebeten oder Annahme der Wahl abgelehnt wurde. Im Ehrenamt lässt sich die Sache ohne Hintergedanken ausführen.

Von der Disciplin kann man mit ebensoviel Recht sagen, sie sei schwer, als das Gegentheil. Weicker charakterisirt sehr richtig ungefährliche Schreihälse und gefährliche systematische Nörgler. Letzteren kommt man selten bei, sie werden besser dem Ganzen exstirpirt. Gegen erstere und gegen Ordnungsvergehen hat man als Strafe die, oft recht wirksame Zwiesprache unter vier Augen mit Appell an das Ehrgefühl, den Verstand und Bildungsgrad, mit Hinweis auf die daheim harrende Familie u. s. w., ferner die öffentliche Rüge ohne und mit Namennennung, sodann Entziehung von kleinen Vergünstigungen, strafweise Liegecur, die selten schadet, aber „zieht", das Consilium abeundi und endlich die Entlassung, welche aber, wenn sie erst nöthig wird, meist keine Strafe mehr ist und nur im Interesse der Anstalt und der anderen vorgenommen werden soll. Geldstrafen kommen selten in Anwendung (Schwendi 1 Fr. für Spucken; s. oben).

## 28. Unteres Personal.

Der erste Grundsatz ist hier: genug! Weder soll man Spinnweben entdecken oder den Staub von den Kanten wegwischen können, noch soll man Anstalten als Wohlthat für andere bauen, während man die eigenen Angestellten presst und auf Hungerlohn setzt. Ein gut bezahltes und gut behandeltes Personal, welches fleissig sein, aber sich nicht überarbeiten muss, ab und zu einen freien Sonntag zum Kirchgang und zur Erholung, auch seinen Urlaub hat, wird sich mit Pflichttreue seines Berufes annehmen. Besondere Anforderungen sind kaum zu stellen: nüchtern und sittenrein, fleissig, reinlich, nicht ungeschickt, freundlich und höflich soll das Personal hier wie überall sein. Einzelne Fehler wird man verzeihen, bei fortgesetzten Verstössen indessen lieber ein unpassendes Element wegschicken, als andere verführen lassen. Beispielsweise sei angeführt, dass in Oderberg ausser dem Inspector und dessen der Küche vorstehender Frau, 5 Wärter (einer zugleich Haustischler, einer Barbier, einer Nachtwächter), 1 Maschinist und 1 Heizer, 1 Köchin, 2 Küchenmädchen, 2 Küchenscholarinnen, 1 Hofmeister mit Frau, 1 Knecht fest angestellt waren, während bei der Wäsche stets, in Küche und Wirthschaftsbetrieb noch sehr oft Kräfte im Tagelohn thätig waren. Am Grabowsee giebt es ausser der Oberin und 2 Schwestern: 2 Wärter, 1 Hausknecht, 1 Heizer; in Loslau ausser dem Verwalter und dessen Frau: 3 Wärter, 1 Haushälter, 1 Maschinisten, 1 Heizer, 1 Köchin, 2 Küchenmädchen; für Sülzhayn werden in genannter Denkschrift vorgeschlagen ausser 2 Schwestern: 2 Wärter, 1 Köchin mit 2 Küchenmädchen, 1 Maschinist, 1 Bote, 1 Nachtwächter, zur Wäsche Frauen im Tagelohn. Dazu ist Einzelnes zu bemerken. Die Zahl von 2 Küchenmädchen stellt sich für grosse Anstalten immer als zu niedrig heraus. Zwar kann man Ergänzungskräfte im Tagelohn bekommen, findet das aber oft statt, so wird es theurer, als eine weitere angestellte Person, ganz abgesehen von sonstigen Nachtheilen dieser oft mehr als Neuigkeitsblatt, denn als Hilfe dienenden Weiber. Ueber die Wärter in Volksheilstätten habe ich mich in der neuen „Deutschen Krankenpflegezeitung". (1898. No. 1) ausführlich geäussert. Während ich für die Verwaltung, soweit sie nicht der Arzt leitet, die Wirthschaftsführung und „Bemutterung" der Kranken sicher Schwestern für besser halte, würde ich als eigentliche Wärter Männer, für Frauenanstalten Weiber empfehlen. „Es ist doch zu bedenken, dass in der Volksheilstätte nicht, wie in grossen Privatanstalten, ein wirklicher Krankenpflegerdienst nöthig ist, wenigstens in der Regel, während dies natürlich in Ausnahmefällen auch vorkommt, sondern dass die Wärterthätigkeit sich zum Theil mit derjenigen eines blitzsauberen Stubenmädchens deckt".

Es mögen indessen nach dem Grundsatze audiatur et altera pars auch einige entgegengesetzte Stimmen hier Platz finden. Sanitätsrath Fielitz in Halle sagt in seinem Gutachten über die Errichtung einer Heilstätte der Norddeutschen Knappschafts-Pensionskasse: „Ein männlicher Kranken-

wärter passt in solche Anstalt nicht, wo es auf peinliche Beachtung scheinbar unbedeutender Dinge ankommt. Die Erfahrung lehrt, dass Krankenwärter leicht ihrer Bequemlichkeit Opfer bringen."

Namentlich für Schwestern gebildeter Kreise tritt man (s. a. oben Schultzen) ein. „Der Kranke ist auch für moralische Einwirkungen in hohem Grade empfänglich, und wenn sich derartige Einflüsse in richtiger Weise geltend machen, so kann der pflegenden Schwester eine nicht unwichtige Culturaufgabe zufallen" (Rubner). „Die Pflege Tuberculöser ist eine schwierige, aber wenn von richtigen Gesichtspunkten ausgehend, eine lohnende und befriedigende Thätigkeit, der sich freilich am besten allseitig gebildete Kräfte zuwenden sollten." (Heinzelmann). „Es wird in Anstalten, in denen die Pflege der Kranken und der ökonomische Betrieb in den Händen von Mitgliedern geistlicher (?) Krankenpflegerorden liegt, der moralische Einfluss des Arztes auf die Kranken durch die warme Hingabe der Pflegerinnen an ihren Beruf, durch ihre Ordnungsliebe und Reinlichkeit wesentlich unterstützt und das Gefühl familiärer Behaglichkeit genährt werden." (v. Ziemssen, Freiluftcur).

Es wird dann von mir a. a. O. genauer ausgeführt, worin die Thätigkeit der Wärter zu bestehen habe und wie sich dieselbe in den ganzen Organismus richtig einzuordnen habe. Zur Ausbildung rieth ich: „Krankenpflege im Allgemeinen, den Umgang mit Kranken, den Ton eines Krankenhauses im heimischen oder einem benachbarten grösseren Krankenhause sich anzueignen — die Zeitdauer bestimme der dortige Arzt je nach den Eigenschaften des Wärters — und sodann einen Monat in einer Lungenheilanstalt die speciell für Lungenkranke in Betracht kommenden Maassnahmen zu studiren. Die vorhandenen Privat- und Volksheilstätten sollten, als der Allgemeinheit dienend, solche „Studenten" gegen Gewährung freier Station unentgeltlich aufnehmen, um so eine genügende Zahl geeigneter Wärter schaffen zu helfen". In England „trainirt" sich das Krankenhaus sein von der Pike an dienendes Personal selbst. Wichtiger noch als die gute Vorbildung ist der Charakter des Wärters. Ein schlechter Wärter kann unendlichen Schaden anrichten. Der Wärter soll sich wirklich „berufen" fühlen und seine Thätigkeit als „Beruf" im idealen Sinne auffassen. Er muss Liebe zu denen hegen, für die er angestellt wird. Alle die Anordnungen, welche er zu geben hat, dürfen nicht im Unteroffizierstone geschehen, sondern sollen auch dem Widerstrebenden zeigen, dass nur sein Interesse gefördert werden soll.

Bei aller Lebenslust und Lebensfreudigkeit ist eine gefestigte, ernste Lebensanschauung einem solchen Wärter nöthig. Er bildet ein Mittel- und Bindeglied zwischen Kranken und Arzt, deren beiderseitiges Vertrauen er geniesst. Er soll nicht Spion und Denunciant sein, aber doch dem Arzte alle Beobachtungen über Unregelmässigkeiten berichten und sich bewusst sein, dass er damit den Kranken nur nützt, auf der andern Seite steht er durch seine sociale Stellung den Kranken näher, als der Arzt, sodass sich diese oft vertrauensvoll eher an ihn wenden, als an jenen. Dieses Vertrauen nicht zu missbrauchen, macht sein Amt zu

einem schweren, verantwortungsreichen. Der rechte Wärter mit der richtigen Auffassung seines Berufes wird sich aber auch solidarisch mit der Heilstätte fühlen, als zu ihr gehörig und durch sie der grossen Bewegung verbunden, welche die Tuberculose bekämpfen und so die Volksgesundheit fördern will. Er wird sich zu dieser edlen, ja idealen Auffassung seiner Thätigkeit erheben können, wenn er sich das kurze Wort zum Wahlspruche nimmt: „Im Geringsten treu!"

Im Gegensatze zu anderen Heilstätten haben wir in Loslau den Versuch gemacht, durch Anstellung von drei verheiratheten Wärtern einen festen Stamm ernster, pflichttreuer Männer uns zu schaffen. Für Weiterbildung des Personals in jeder Beziehung wird der Arzt Sorge tragen müssen.

## 29. Hausordnung.

Die Ordnungsvorschriften der Heilstätte werden einerseits nach localen Verhältnissen einzelne Abweichungen, in der Hauptsache aber doch immer wieder dasselbe enthalten. Das Verbot der Annahme von Trinkgeldern, des Einschleppens von Alkohol, eventuell Vorschriften für Feuersgefahr, vielleicht eine besondere Betonung der Ruhe (vergl. Jacobsohn's Bearbeitung der Schrift Hawkins-Amblers S. 33) sollten nicht fehlen. Die Hausordnung der Heilstätte am Grabowsee ist bei Meyer (Eulenburg's Encyklopaedie) diejenige Weicker's in dessen Beiträgen veröffentlicht. Hier möge die der Heilstätte Loslau ihren Platz finden.

1. Die Kranken haben den Anordnungen des Arztes und der Angestellten, die nur ihr Bestes bezwecken, gewissenhaft Folge zu leisten. Sie haben sich gegen jedermann im Hause, untereinander, gegen die Behörden und Bewohner des Ortes eines höflichen und anständigen Benehmens zu befleissigen.

2. Jeder ungebührliche Lärm in der Heilstätte, wie auch jedes anstössige Betragen ausserhalb derselben ist zu vermeiden.

3. In der Heilstätte wie ausserhalb derselben haben die Kranken auf die grösste Sauberkeit zu halten; ausser dem strengen Verbote, auf den Boden auszuspucken, ist es auch untersagt Papier, Speisereste oder dergl. wegzuwerfen, Wände, Möbel, Bäume zu beschädigen, zu beschreiben oder Nägel hineinzuschlagen. Reinlichkeit ist eines der Haupterfordernisse für die Genesung.

4. Jeder Insasse bekommt sein Zimmer und Bett, seinen Tisch-, Liegeplatz u. s. w. angewiesen, welche er ohne Erlaubniss nicht mit anderen vertauschen darf.

Für die Ordnung in den Zimmern sind alle Insassen verantwortlich. Koffer und Kisten sollen nicht daselbst aufbewahrt werden.

Im Zimmer sollen tagsüber alle Fenster, Nachts, soweit nicht anders verordnet wird, wenigstens ein oberer Flügel geöffnet sein. Während des Tages ist der Aufenthalt in den Schlafzimmern untersagt. Bei Sturm und Wetter sind die Insassen eines Zimmers verpflichtet, für Schliessen und Verwahren der Fenster zu sorgen.

5. Das Aufstehen und Zubettegehen, die Mahlzeiten, die Spaziergänge, Bäder

u. s. w. haben pünktlich stattzufinden. Nach dem Zubettgehen hat grösste Ruhe im Hause zu herrschen.

6. Die Kranken haben, soweit vom Arzte nicht anders bestimmt wird, in der Regel ihre Lagerstätten, Betten, Liegesessel u. s. w. selbst zu ordnen. Sie haben beim Auftragen der Speisen behilflich zu sein und sonstige ihnen auferlegte kleine Handreichungen zu thun. Auch können sie je nach ihrem Beruf und Krankheitszustand mit Genehmigung des Arztes zu sonstigen leichten Arbeiten für die Heilstätte herangezogen werden.

Dagegen sollen die Kranken nicht die mit Staubentwicklung verbundene Reinigung ihrer Kleider, sowie des Schuhwerkes von trockenem Schmutze bewirken.

Kein Kranker darf mit den Stiefeln die Räume der Heilstätte betreten, sondern hat dieselben im Kleiderraume mit den Hausschuhen zu vertauschen.

7. Ueber das Benehmen und Verhalten bei Tische, über die Benutzung der Bücherei und der Spiele enthält die Tischordnung, Büchereiordnung und Spielordnung besondere Bestimmungen.

8. Die Kranken haben sich, wenn sie vom Arzte ins Sprechzimmer bestellt werden, pünktlich einzufinden, sich auch sonst im Befolgen der ihnen eingehändigten Curvorschrift der grössten Pünktlichkeit zu befleissigen. Bei jedem besonderen Vorkommnisse, (Blutungen, Ohnmachten und dergl.) ist sofort der Arzt zu rufen.

9. Die Benutzung der Waschbecken und Aborte hat genau nach den durch die Obmänner getroffenen Anordnungen zu geschehen. Auch dabei hat die grösste Reinlichkeit zu herrschen.

10. Die Spaziergänge sind genau nach der ärztlichen Vorschrift auszuführen. Bei gemeinsamen Ausflügen darf niemand sich absondern. Der Besuch von Schankwirthschaften ist unbedingt verboten, der Besuch der Stadt, ebenso jegliches Verlassen des Heilstättengebietes, ist nur mit ausdrücklicher ärztlicher Erlaubniss gestattet.

11. Einführen von geistigen Getränken ist untersagt und hat sofortige Entlassung zur Folge. Das Einführen von Esswaaren (auch durch die Post geschickter) bedarf der Genehmigung des Arztes. Man frage daher lieber vorher an, ob dieselbe (namentlich für Süssigkeiten) gegeben wird. Ebenso ist das Austheilen solcher unter andere Kranke von ärztlicher Erlaubniss abhängig.

Der Tabaksgenuss in jeder Form ist in und ausserhalb der Heilstätte untersagt.

12. An den Vorrichtungen für Heizung und Licht hat sich ohne besonderen Auftrag niemand zu vergreifen.

Der Zutritt zu allen Maschinen- und Wirthschaftsräumen, sei es dass daselbst noch eine besondere Verbotstafel angebracht ist oder nicht, sowie der Zutritt zum Garten und der Wohnung des Arztes, des Verwalters oder der Unterbeamten ist streng untersagt.

13. Besuch zu empfangen, ist den Kranken nur mit Erlaubniss des Arztes und unter der Bedingung gestattet, dass sich die Besucher den Vorschriften der Hausordnung unterwerfen und sich in den ihnen zugewiesenen Räumen aufhalten.

14. Beschwerden sind mit Begründung und voller Namensunterschrift in das im Gesellschaftssaale ausliegende Beschwerdebuch einzutragen.

15. Für Werthsachen haftet die Heilstätte nur dann, wenn sie dem Verwalter zur Aufbewahrung übergeben werden.

16. Dem Personal ist die Annahme von Trinkgeldern seitens der Kranken unbedingt verboten.

## 30. Beschäftigung und Unterhaltung der Kranken.

Wenn man Kranke beschäftigt, so soll man vor allem nicht davon ausgehen, dadurch Kosten zu sparen (Wolff, Penzoldt, Hampe; auch ich trat früher dafür ein). Die Kranken werden dann widerwillig, lassen sich von ortsangesessenen Arbeitern aufstacheln und niemand thut mehr etwas (Grabowsee). Kranke freiwillig gegen Entgelt arbeiten zu lassen (Oderberg, Königsberg, Grabowsee: Anstaltsordnung, Punkt 3), hat auch seine grossen Bedenken. „Dagegen würde ich hautement und immer stimmen, dass man die Insassen der Heilstätten zum Verdienen arbeiten lässt" (Dettweiler. Schriften der Centralstelle. No. 12. S. 117). Ich wage es noch nicht, über diesen Punkt des Entgeltes hier ein abschliessendes Urtheil zu fällen. Eins ist sicher zu beachten, nämlich dass das Arbeiten immer lediglich im Interesse der Kranken stattfinden und von diesen als ein Theil der Cur aufgefasst werden muss, und wenn es nicht gelingt, ihnen diese Auffassung beizubringen, soll man lieber davon absehen. Da, dies den Leuten beizubringen, nicht leicht ist, hat man den früher oft angeregten Gedanken neuerdings vielfach als unausführbar bei Seite gestellt.

Ausgenommen sind kleinere Arbeiten für den persönlichen Dienst: Ordnen des Bettes (das ohne Federn wenig stäubt) und der Zimmer, Handreichungen beim Tischdecken und der Speisenvertheilung und ähnliches. Das findet sich in allen Hausordnungen und erregt nur selten das Missfallen Unverständiger (Bremer Bericht VII. S. 5). Nicht soll hierher gehören das viel Staub aufwirbelnde Reinigen der Kleider und Stiefeln, was merkwürdigerweise noch fast überall verlangt wird[1]), oder das Reinigen der Wannen nach oder vor dem Bade und ähnliches.

Dass sonstige Beschäftigung der Kranken sehr empfehlenswerth ist, um sie von leichtfertigen Streichen, von der ewigen Kritik der Kost u. s. w. abzulenken und sie körperlich durch dosirte Arbeit wieder der vollen zuzuführen, ist ja allgemein anerkannt. Schon von Miss Nigthingale wurde besonderer Werth darauf gelegt. Gueterbock (Reconvalescentenpflege) rühmt vom Asile St. Eugènie bei Lyon das namentlich, dass die Genesenden nach Maassgabe ihrer Kräfte mit ländlicher Arbeit versehen werden, Michaelis sagt, dass die Ausfüllung der Langeweile einer der schwierigsten Punkte sei: „Auch mit Unterhaltungsspielen lässt sich wenig erzielen". Dies Fragezeichen zu beseitigen, sei eine dankbare Preisaufgabe. Und doch zwingen die Verhältnisse eigentlich dazu, die Leute nicht bis zum letzten Tage bummeln zu lassen. Denn wenn der Entlassene am nächsten Tage oder selbst nach 8 bis 14tägiger Schonung wieder von früh bis abends angestrengt schaffen soll, so muss

---

[1]) En stor brist vid sanatoriet (Oderberg) fann jag vara, att man där hade ett s. k. borstrum, där patienterna själfva skulle borsta sina skodon (Schuhe). När man vet, att en absolut dammfri luft är eftersträfvansvärd (erstrebenswerth) vid lungsotssanatorier, synes mig denna sparsamhet vara föga välbetänkt. Berg, Skisser.

die letzte Zeit der Cur — etwa ein Drittel — der activen Vorbereitung dazu gewidmet werden (vergl. dazu die ausgezeichnete Ausführung Froehlich's, „Die Individualität des Kranken und ihre Bedeutung für Krankenbehandlung und Krankenpflege". Zeitschr. f. Krankenpflege 1898. No. 2. S. 40). Ascher (Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 19) macht eine Zweitheilung: im ersten Theile der Cur mehr Behandlung, „im zweiten Theile tastende, sich stetig mehrende Versuche, zu arbeiten, unter beständiger Controle des Arztes, der sich bei den geringsten Beschwerden stets klar zu machen hat, ob Lungenkrankheit oder die Neurasthenie des Erschlafften daran schuld sind, ob er hemmen oder ermuntern soll".

Dettweiler möchte „in den ersten drei Curmonaten", d. h. also zumeist in der ganzen Cur von „jeder eigentlichen ernsthaften Beschäftigung" absehen (Schr. d. Centralstelle. No. 12. S. 117), wogegen Düttmann (I.-V.-Anst. Oldenburg; ebenda S. 133) unter voller Berücksichtigung des praktischen Lebens sagt: „Eine Heilstätte, die dem Zwecke dient, unbemittelte Kranke aufzunehmen, erfüllt meiner Ansicht nach ihren Zweck nicht voll, wenn sie den Arbeiter nicht wieder zum Arbeiter macht. Wenn der Arzt seine medicinischen Erfolge erreicht hat, so ist der Zweck noch nicht erreicht, wenn nicht der Mann im Stande ist, in seinen Beruf zurückzukehren oder in einen anderen überzutreten, und von diesem Standpunkte aus ist auch die Beschäftigung zu betrachten". Eine neuere Mittheilung, welche Wolff über Albertsberg macht (Heilstätten-Correspondenz 1898. No. 5) ist so interessant, dass sie hier nicht übergangen werden darf. Er schreibt:

„Ueberraschend gut hat sich die Beschäftigung der Kranken mit Arbeit bewährt. Die Hausordnung, die inne zu halten sich die neu eintretenden Kranken verpflichten, bestimmt, dass die Patienten, je nach ihrem Beruf und Krankheitszustand, zu leichten Arbeiten für die Anstalt herangezogen werden können, soweit dies vom Arzt vorgeschrieben und gestattet ist, und es ist diesem Satze der Hausordnung nicht nur gern nachgekommen worden, sondern häufig genug war ein Uebereifer zu hemmen. Das Reinhalten der Wege vom Schnee während des vergangenen Winters, die Herstellung von Waldwegen in der Nähe der Anstalt, die neue Schöpfung von Gartenanlagen, alles dies ist nur von den Patienten besorgt worden, und gern haben sie sich dabei, welchem Stande sie auch angehörten, selbst Kranke des Lehrer- und Kaufmannsstandes, den Anordnungen des Inspektors, des Arztes oder eines fachmännischen Leidensgenossen, gefügt. Aber auch die Liegehallen im Walde, mancherlei Nützliches und Unnützliches zum Zierrath ist von der Hand der Patienten entstanden. Vor allem sind stets geeignete Kranke, natürlich nur wenige Stunden, mit Holzschlagen beschäftigt gewesen, so dass schon allein hierdurch der Anstalt eine pecuniäre Ersparniss von nicht ganz geringer Bedeutung möglich war.

Die Erfolge der Patienten sind nicht im mindesten durch die Beschäftigung beeinträchtigt worden, im Gegentheil — wie sich nicht anders erwarten liess — bei manchen zur Hypochondrie neigenden oder an

mangelhaftem Appetit leidenden Kranken erwies sich die Arbeit geradezu als Hülfsmittel bei der Heilung und die Warnungen einzelner Aerzte haben sich nicht als gerechtfertigt erwiesen".

Sei es nun, dass man diese Thätigkeit ins Gebiet der Feldwirthschaft verlegt (Niemeyer, Mayer, v. Leyden, Ascher, v. Schroetter) oder in den Gemüse- und Obstgarten oder das Wegereinigen (Grabowsee, v. Schroetter, v. Ziemssen, München-Stadt), eins wird sich meines Erachtens nöthig machen, wenn anders man die bisher meist aufgetretenen Schwierigkeiten überwinden will: der Arzt muss an diesen Arbeiten — welche ärztlich für gewisse Kranke nicht nur gestattet, sondern mit der Erklärung des Grundes angerathen werden — Interesse zeigen, ja auch einmal im Garten, im Walde, bei dem mit dem Säubern der Wege zusammenhängenden Bau einer Schneehütte mit zugreifen und den ihn treffenden Ball nicht übelnehmen. Fühlen sich alle Kranken mit dem Arzte als Mittelpunkt als grosse Familie, so greift jeder wie ein Familienmitglied zu, wo es angeht. „Ich brauche nur zu bitten, so kommen sie von allen Seiten herbei", sagte mir die ein strenges, aber prächtiges, liebevolles Regiment führende Oberin auf dem Königsberge, und als ich in Oderberg auf die Frage, warum ich selbst den Schnee vor meiner Thür entfernte, antwortete: wenn ich's nicht thue, bleibt er liegen, war am andern Morgen mein kleines Gehöft von Schnee gesäubert und als Schutz stand eine Schneewache mit Schilderhaus davor. Dieses naive Beispiel lehrt für die so sehr wichtige Frage eine grosse Menge.

Geeignete Kranke werden sich ein Vergnügen daraus machen, wenn ihnen die Heilstätte Werkzeug liefert, in der Liegehalle sitzend ihren Kameraden die Schuhe auszubessern, die Kleider zu flicken. Mädchen, welche überhaupt leichter zur Mitarbeit zu bewegen sind, helfen in Küche und Waschhaus mit. In Schwendi hat man kleine Werkstätten eingerichtet; schon Weber empfiehlt offene Arbeitshallen. Am Grabowsee lackiren die Kranken gern Rohrmöbeln, welche Ihre Majestät die Kaiserin mitsammt der Farbe zur Verfügung stellt. In Guetergotz (Sanatorium der I.-V.-Anst. Berlin) hat man eine Schlosser- und eine Tischlerwerkstätte, in welcher bei freiwilliger Beschäftigung gegen Tagelohn alle Reparaturen ausgeführt werden können (Schrift. d. Centralstelle. S. 144).

Mehr zur Unterhaltung kann man Werkzeug und Lehrbücher für Schnitz-, Papp-, Modellirarbeiten bereit halten: in St. Andreasberg fertigten die Kranken sehr netten Wandschmuck aus Tannenzapfen, um ihn den Ihrigen als Harzandenken mitzubringen.

Aber auch wirkliche Spiele biete man, namentlich leichte Brettspiele. Gegen Schach erklären sich z. B. Volland, Penzoldt. Kartenspiel musste auch dort verboten werden, wo man es anfangs gestatten zu müssen glaubte (Oderberg). Auch beim Spiel sei man eingedenk des Versuches Brehmer's, der 8 Tage Abends spielte, 8 Tage nur las oder plauderte, und an den ersten Abenden mehr als das Doppelte an Gewicht abnahm, als an den letzten. Billard wird von manchen gestattet, doch sollen es nur Kräftige spielen dürfen, Kegelspiel mit Hängekugel,

Croquet ist gestattet, bei der Erlaubniss von Sport, Schlittschuhlaufen (Grabowsee, Volland), Schneeschuhsport (Tonsaasen), Rutschbahn (Halila) wird man streng individualisiren müssen.

Unterhaltungen sollen gestattet werden, wenn sie nur irgend in den Rahmen des Ganzen passen; mögen die Einzelnen einen photographischen Apparat mitbringen (man lasse sie im Laboratorium gern entwickeln), ein Herbarium anlegen, Steine und Moose sammeln, die vielleicht einmal etwas Schmutz bringen, mag Zither-, Flöten- und Geigenspiel — mit Maassen — erschallen: nur keine öde Langeweile, sie ist der schlimmste Feind der Heilstätten! Durch Ausflüge, an welchen sich der Arzt oder Verwalter mit Frau betheiligt, vielleicht auch einmal der Pastor des Ortes oder ein Freund der Anstalt, durch kleine Feste an den kirchlichen, vaterländischen, häuslichen Festtagen mit Gesang, Declamationen und einem Gange zu Mittag mehr oder einer guten Nachspeise, durch einen Fastnachtsulk, ein Johannisfeuer, eine Weihnachtsbescheerung, kurz durch tausend kleine Abwechslungen soll dem Kranken der Aufenthalt lieb gemacht, die Ueberzeugung beigebracht werden, dass sich alle seiner Wohlfahrt mit Eifer annehmen.

Nicht nur in offenen Curorten, wie Thomas in Badenweiler sagt, kann heiterer Verkehr herrschen. Von Falkenstein sagt Kühner (Gesundheit): „Heiteres buntes Leben in weiten, lichten Liegehallen und Pavillons, denen der Patientenwitz oft besondere Namen verleiht — wir haben hier eine Aristokraten-, Jungfern-, Muster-, Seufzerhalle, einen Bacillentempel, Cirkus, Affenkasten und dergl. interessante Benennungen. Gruppenweise, wie sie Geschmack und Neigung zusammenführt, liegen die Leute die ihnen bestimmte Zeit auf Liegesesseln, pflegen emsig der Unterhaltung und der Lektüre, machen dann ihre vorgeschriebenen Spaziergänge, oftmals so vortrefflich aussehend, dass ein Fremder, der ihnen begegnet, niemals auf den Gedanken kommen würde, eine wandernde Bacillenherberge vor sich zu haben.“

In Ventnor hat man sogar eine Bühne, auf welcher berühmte Künstler und Künstlerinnen auftreten.

Zum Lesen besteht eine kleine Bibliothek (die neue Formalindesinfectionsmethode beseitigt vielleicht Weicker's Bedenken dagegen), die ein Bücherwart (wie ein Spielwart die Spiele) verwaltet. Zeitschriften belehrenden und humoristischen Inhaltes werden gehalten und später gebunden. Politische Zeitungen sollte jeder selbst für sich halten dürfen, politische wie confessionelle Agitation muss in jeder Form verboten sein.

Kann sich durch Lektüre der Kranke selbst fortbilden, so wird von einigen (Weicker) ein eigentlicher Fortbildungsunterricht verlangt[1]). Insofern er sich auf einzelne in sich abgeschlossene, durch den Arzt und durch gebildete Freunde der Heilstätte zu haltende Vorträge erstreckt, ist er warm zu befürworten. Die Kenntniss der Arbeiterversicherung,

---

[1]) S. Deutsche med. Wochenschrift 1898. No. 20. Vergl. S. 347. Anm.

des wirthschaftlichen Rechnens, der wichtigsten Nahrungsmittel, der vaterländischen Geschichte und Sage, der engeren und weiteren Geographie kann so spielend vertieft werden. Die Kranken lohnen solche Stunden mit Dankbarkeit und Aufmerksamkeit.

Hohe spricht seine Verwunderung darüber aus, dass in dem prächtigen Sanatorium Hohenhonnef sich kein Raum für eine Hauscapelle gefunden habe. „Bei den humanitären Bestrebungen, die der Errichtung dieser Heilanstalten doch in erster Linie zu Grunde liegen, dürfte meines Erachtens auch diese Seite nicht ausser Acht gelassen werden; ist doch die Religion die höchste Humanität des Menschen (Herder).“ Die Volksheilstätten kommen zum Theil dieser Forderung nach, Stiege hat eine wunderschöne Capelle, die kirchlich geweiht ist und in welcher alle 2 Wochen Gottesdienst, alle 4 Wochen Abendmahl gehalten wird. In Altena hat ein Wohlthäter die Mittel zu einem Betsaale gestiftet, Grabowsee hat einen solchen, in Albertsberg baut man eine eigene Capelle. Und das ist gut, denn mit dem Kirchgange nach nahen Ortschaften sind Missstände aller Art verbunden. Bei Unwetter, Kälte, Hitze dürfen auch Stärkere, Schwächere aber überhaupt nicht dahin gehen. Dass man sich nicht scheut, unter der Flagge Kirchgang einen Frühschoppen zu trinken, mussten wir in Oderberg erfahren. Geistliche aber ohne bestimmte gottesdienstliche Zeiten und Einrichtungen in der Heilstätte aus- und eingehen zu lassen, ist, namentlich in confessionell gemischten Gegenden mit Schwierigkeiten verbunden. Der Arzt allein ist für die psychische Beeinflussung des Kranken während der Cur verantwortlich, darum dürfen nicht andere Interessen damit verquickt werden. So kommt man immer wieder darauf, dass er eine sittlich hochstehende Persönlichkeit sein muss. Dann wird er es sich auch bei denen, die nicht zur Kirche gehen können, angelegen sein lassen, ihren Körper sowohl, als die in demselben wohnende unsterbliche Seele zu erheben. Und wenn von diesem so ausgestreuten Samen nur ein Theil aufgeht und Früchte bringt, so wird das für uns Heilstättenärzte sein: ein Lohn, der reichlich lohnet.

---

# 3. Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Syphilitische und Lepröse.

Von

Dr. A. Blaschko,
Arzt für Hautkrankheiten in Berlin.

(Mit 1 Plan.)

Die Fürsorge für venerische Kranke beginnt für die öffentliche Gesundheitspflege Bedeutung anzunehmen erst mit dem Auftreten der Syphilis am Ende des 15. Jahrhunderts. Zwar wusste man schon vordem, dass die Ausübung unreinen Beischlafs, insbesondere beim Verkehr mit Prostituirten Krankheiten im Gefolge haben könne; und sowohl eine alte Bordellordnung von Avignon aus dem Jahre 1347, wie ein Gesetz gegen die Prostitution in Zürich vom Jahre 1413, Verordnungen des Raths von Luzern gegen die Prostitution aus den Jahren 1469 bis 1572 beweisen, dass man sich schon damals nicht blos darauf beschränkte, an venerischen Krankheiten (Tripper, Ulcus molle etc.) Leidende zu behandeln, sondern schon durch geeignete prophylaktische Maassnahmen gegen die Verbreitung dieser Krankheiten ankämpfen zu können glaubte.

Aber einen grösseren Umfang erreichte die Fürsorge erst, als im Jahre 1495 in dem vor Neapel liegenden Heere Karls VIII. die Syphilis mit der Gewalt einer furchtbaren Seuche ausbrach und von da sich mit ungeheurer Heftigkeit über ganz Europa verbreitete, in wenigen Jahren Tausende dahinraffte und andere Zehntausende einem dauernden Siechthum überlieferte.

Es war vielleicht ein sonderbares Zusammentreffen, dass grade um jene Zeit der Aussatz in Mitteleuropa, nachdem er mehrere Jahrhunderte geherrscht hatte, im Schwinden begriffen war und die zu seiner Bekämpfung begründeten Lazaruskrankenhäuser eben für Kranke anderer Art frei zu werden begannen. Virchow hat in seinen historischen Untersuchungen über die Lepra gezeigt, wie die Aussatzhäuser mit dem Nachlassen der Lepra allmälig ihren ursprünglichen Charakter verloren und sich aus ihnen nachher die echten Hospitäler („Lazarethe“), zum Theil die Siechenhäuser entwickelten. Zunächst waren es Syphilitische, welche in die Krankenhäuser kamen. Doch reichte die Zahl der letzteren bei weitem nicht aus, um alle Erkrankten aufzunehmen. In Bern musste

man den Syphilitischen eigene Sonderfeldhütten machen, in Prag, wo die Krankheit erst 1494 verbeitet wurde, lagen die Kranken anfangs auf den Strassen, auf dem grossen Ring und unter den grossen Lauben. Später mussten sie ebenfalls vor die Stadtthore, wo sie sich in kleinen Buden häuslich einrichteten. Anderswo wusste man sich anders zu helfen. In Würzburg richtete man die Pestkrankenhäuser für sie ein. In Edinburgh wurde durch ein Edict Jakob des II. von Schottland vom 22. September 1497 allen Syphilitischen bei Strafe der Brandmarkung befohlen, Edinburgh augenblicklich zu verlassen und auf Booten, auf welchen sie bis zur vollständigen Heilung bleiben sollten, nach Leith zu fahren. Auch erliess man schon in der Erkenntniss, dass die Prostitution bei der Verbreitung der Krankheit betheiligt sei, in Faënza im Kirchenstaat im Jahre 1497 einen Erlass, wonach die Prostituirten gebrandmarkt werden sollten, falls sie sich einem syphilitischen Mann hingaben oder mit der Krankheit behaftet ihrem Gewerbe nachgingen.

Im Allgemeinen aber war die Erkenntniss, dass die Syphilis mit dem ausserehelichen Geschlechtsverkehr zusammenhänge, in jener Zeit noch wenig verbreitet, und die Krankheit trug dementsprechend in der öffentlichen Schätzung noch nicht jenen Makel, welcher ihr später anhaftete. Konnte doch Hutten noch im Jahre 1519 seinem „De guaiaco medicina et morbo gallico" ein Widmungsschreiben an den Erzbischof von Mainz mit auf den Weg geben, was wohl kaum möglich gewesen wäre, hätte man damals die Syphilis schon als Folge ausschweifenden Lebenswandels betrachtet.

Doch das änderte sich bald, als man den wahren Charakter und den Verbreitungsmodus der Erkrankuug erkannte. Es bildete sich mit der Zeit, da man begann, die Geschlechtskranken als moralisch verworfen zu betrachten, jenes unselige Vertuschungssystem aus, das dazu führte, dass der von einer Geschlechtskrankheit Befallene nicht nur vor der Welt sein Leiden mit aller Sorgfalt zu verbergen suchte, sondern auch den Arzt oft erst in Anspruch nahm, wenn sein Zustand ihm unerträgliche Beschwerden verursachte. Hier, wie in keinem Gebiete der Medicin entfaltete sich schon früh das Quacksalberthum, das ja vom Quecksilber seinen Namen erhalten hat, zur höchsten Blüthe. Hielten es doch die zünftigen Aerzte meist für ihrer unwürdig, sich mit der Behandlung von Geschlechtskranken zu befassen, und nahmen doch die öffentlichen Krankenhäuser Geschlechtskranke meist nicht in ihren Mauern auf. Einzelne grosse Städte machten hiervon eine Ausnahme. So wurde in Breslau das Krankenhaus zu St. Hiob, in Nürnberg St. Sebastian, in Wien das Krankenhaus zu St. Marx eigens für diesen Zweck bestimmt, und auch in Strassburg wurde von Stadt wegen für die Syphilitischen gesorgt. Am dortigen Blatternhaus war in der Mitte des 17. Jahrhunderts Peter Sartorius, einer der bekanntesten Wundärzte jener Zeit als „Frantzosen-Artzt" angestellt. Und die hygienischen Verhältnisse ebenso wie die Behandlung müssen unter ihm daselbst schon so gute gewesen sein, dass er nach seiner eigenen Angabe in 5 Jahren

nicht mehr als zwei Patienten an intercurrenten Krankheiten verloren hat.

Eine Art Privatklinik hatte um dieselbe Zeit Joseph Schmid, Barbirer, geschworener Stadt-, Brech- und Wundarzt, in Augsburg zur Behandlung von Syphilitischen inne. Derselbe scheint eine grosse Clientel gehabt zu haben und ein, wenn auch nicht gelehrter, so doch in praktischer Beziehung sehr geschickter und vernünftiger Arzt gewesen zu sein.

Die Geschichte der Medicin bewegt sich nicht in einer gerade aufsteigenden Linie; sonst wäre es nicht zu erklären, dass noch 150 Jahre später im Krankenhause Bicètre zu Paris, wo damals die Syphilitischen behandelt wurden, die Mortalität an Syphilis eine ungeheuere war. Das erklärt sich, wenn man das Reglement dieses Hospitals aus dem Jahre 1781 kennen lernt, aus welchem man ersieht, dass die Kranken zu 6, 8, ja 10 zusammen in einem grossen Bette lagen, in engen schlecht gelüfteten Sälen, schlecht genährt und einer intensiven Schmiercur unterworfen wurden, welcher andauernde Aderlässe und Purgationen vorangingen. Unter diesen Umständen war es kein Wunder, wenn die Sterblichkeit der Syphilitischen daselbst sich im Jahre 1792 auf die furchtbare Ziffer von 46 pCt. erhob.

Eine eigentliche staatliche Prophylaxis gegen die Syphilis wurde schon lange von vielen Autoren als nothwendig verfochten, doch erst von Johann Peter Frank Ende des vorigen Jahrhunderts durch sein „System einer vollständigen medicinischen Polizei" befürwortet. Er spricht sich für die Errichtung staatlich beaufsichtigter Bordelle und für die schonungslose Unterdrückung der Winkelhurerei aus. „Durch Regelung der Prostitution würden, wie er sagte, die öffentlichen Dirnen durch die genaueste Aufsicht, bei der geringsten Bemerkung einer vorangegangenen Ansteckung, näher verwahrt und bis zu einer gänzlichen Wiederherstellung ihrer Gesundheit in die Unmöglichkeit versetzt, das ererbte Gift mit gemeinem Wesen weiter auszubreiten . . . . Würden alle von dem venerischen Uebel kennbarlich angesteckten Manns- und Weibspersonen durch genauere Aufsicht und vorgenommene Untersuchung von allem Umgange mit einander so lange abgehalten, bis dieselben durch eine gänzliche Herstellung, wegen zu befürchtenden Folgen auf sie selbst und auf die Früchte ihres Umganges alle mögliche Sicherheit zu geben im Stande seyen."

Wie unvollkommen noch im vorigen Jahrhundert diese Fürsorge war, geht aus folgender Bestimmung des Berliner Bordellreglements vom Jahre 1700 hervor:

„§ 5. Die Gesundheit der Schwärmer sowohl als auch der Mädchen selbst zu erhalten, muss in jedem Viertel alle 14 Tage ein dazu bestellter Chirurgus forensis alle Mädchen dieser Art in seinem Viertel visitiren."

„§ 9. Ist das Mädchen schon soweit inficirt, dass sie durch blosse Reinigung und Enthaltsamkeit (!) nicht curirt werden, schickt sie der Chirurgus in das Hospital der Charité, wo sie auf dem Pavillon unentgeltlich verpflegt wird."

Bei der grossen Bedeutung, welche der aussereheliche Geschlechtsverkehr, insbesondere der Geschlechtsverkehr mit der Prostitution für die Verbreitung der venerischen Krankheiten hat, ist es nicht zu verwundern, wenn ein grosser Theil aller Massnahmen, welche in der Folge die Prophylaxe dieser Krankheiten und die Fürsorge für die Erkrankten betreffen, sich im wesentlichen anknüpfte an die Massregeln, welche zur Bekämpfung und Regelung der Prostitution ergriffen wurden. Und so ist denn dieses Gebiet der öffentlichen Gesundheits- und Krankenpflege bisher nur allzu sehr ein Anhängsel der sittenpolizeilichen Institutionen geblieben, während man alle übrigen Massnahmen, wie wir später sehen werden, über Gebühr vernachlässigt hat; und doch ist leicht einzusehen, dass die Fürsorge für die venerischen Prostituirten kein ausreichendes Mittel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist, und dass die Fürsorge für deren männliche Opfer sowohl wie für diejenigen venerischen Frauen, welche nicht der Prostitution angehören, von mindestens der gleichen Bedeutung ist.

Für unsre Betrachtung wird es aber zweckmässig sein, die Massnahmen für beide Gruppen der Geschlechtskranken gesondert abzuhandeln, da die eigenartigen Verhältnisse beider ein ganz verschiedenes Vorgehen und ganz andere Einrichtungen erheischen.

## A. Fürsorge für die venerisch erkrankten Prostituirten.

Diese Fürsorge zerfällt naturgemäss in drei Aufgaben:

I. Ausfindig zu machen, wer Prostituirte ist: (Die Einschreibung oder Registrirung).

II. Die Prostituirten auf ihren Gesundheitszustand zu überwachen und festzustellen, welche von ihnen venerisch erkrankt sind: (Sanitätspolizeiliche Untersuchung).

III. Die erkrankten Prostituirten zu behandeln: (Zwangsheilung.)

Zur Erfüllung dieser drei Aufgaben hat sich im Laufe dieses Jahrhunderts in den mitteleuropäischen Culturstaaten ein System herausgebildet, welches mit geringen Abweichungen, bedingt einmal durch die Lage der Gesetzgebung in den verschiedenen Ländern, dann durch die Verschiedenheit der Sitten und die örtlichen Verhältnisse, doch im Grossen und Ganzen ein einheitliches Gepräge trägt. Es würde zu weit führen, auf die Details dieses Systems ausführlich einzugehen; ich beschränke mich daher darauf, dessen charakteristische Merkmale in seinen grossen Grundzügen zu skizziren.

### I. Die Registrirung.

Dieselbe findet sich in der Regel nur in den grösseren und Mittelstädten, wo die gewerbsmässige Prostitution einen gewissen Umfang angenommen hat. Die Form derselben ist in erster Linie dadurch be-

dingt, ob die Prostituirten in Bordellen oder frei leben. Zwar ist auf Grund des § 180 des Reichsstrafgesetzbuches in Deutschland das Halten von Bordellen für strafbar erklärt worden und durch verschiedene Reichsgerichtserkenntnisse die Anwendung dieses Paragraphen, des sog. Kuppeleiparagraphen insbesondere auf Bordelle noch besonders anerkannt worden. Trotzdem bestehen auch jetzt noch in einer grossen Zahl deutscher Städte — es mögen etwa 50 bis 100 sein — die Bordelle unangefochten weiter. In vielen Städten ist sogar eine Art von Zwangskasernirung eingeführt. In Bremen und Lübeck sind die Prostituirten in einer ausschliesslich von ihnen bewohnten, einem Unternehmer gehörigen und der Polizeiaufsicht unterstellten Strasse untergebracht. Die Registrirung und Ueberwachung dieser Bordelldirnen vollzieht sich natürlich verhältnissmässig einfach, da in der Regel die Bordellinhaber einer An- und Abmeldepflicht unterworfen sind. In Städten, wo keine Bordelle existiren, spielt sich die Einschreibung der Prostituirten etwa folgendermassen ab:

Auf Grund der Beobachtungen von Beamten der Sittenpolizei sowie auf Grund irgendwelcher Denunziation von Privatpersonen (Concurrentinnen, Nachbarinnen, jungen Männern, die sich durch ein Mädchen inficirt glauben), findet die „Sistirung" derjenigen Mädchen statt, welche sich der gewerbsmässigen Prostitution verdächtig gemacht haben, und zwar erfolgt in Berlin, welches als Prototyp für andere Orte gelten mag, nach der Darstellung des Kgl. Polizeipräsidiums (in dessen Verwaltungsbericht 1892 pag. 352) die Einschreitung, „sofern die unzüchtig umherschweifenden, von den Beamten der Sittenpolizei aufgegriffenen Dirnen nicht erklären, dass sie ihr schimpfliches Gewerbe fortzusetzen gesonnen sind, erst nach wiederholter Verwarnung und kann auch dann noch abgewendet werden, wenn die Mädchen sich einer Besserungsanstalt zuführen lassen (was freilich in 10 Jahren nur 2 mal passirt ist). Durch Verfügung vom 2. Mai 1886 ist angeordnet, dass die Stellung unter Controle in einem motivirten, von dem Abtheilungsdirigenten zu unterzeichnenden Beschlusse auszusprechen ist und das vorangehende Verhör sich auf die Umstände und Ereignisse, durch welche die Frauenspersonen der Prostitution zugeführt sind, zu erstrecken hat, ferner, dass die unter väterlicher oder vormundschaftlicher Gewalt stehenden Dirnen erst dann unter Controle gestellt werden dürfen, wenn die an den gesetzlichen Vertreter zu richtende Aufforderung, die Schutzbefohlenen in einer anständigen Familie unterzubringen, ohne Erfolg geblieben ist.

Es scheint fraglich, ob in der Praxis alle diese Garantien für ein correktes Verfahren stets innegehalten werden, und ob nicht hier und da ein etwas summarisches Verfahren geübt wird. Das Fehlen einer, wenn auch noch so einfachen, gerichtlichen Verhandlung, die Gesetzes-Unkenntniss, die Schüchternheit und Bestürztheit des vielleicht zum ersten Male bei so lockerem Lebenswandel ertappten Mädchens fordern namentlich die unteren Polizeiorgane zu Miss- und Uebergriffen geradezu heraus.

In Dänemark ist die Stellung unter Controle durch ein eigenes Gesetz geregelt, nach dessen § 3 Personen, welche durch ihren Lebens-

wandel der Polizei auffallen, von dieser eine „Warnung“ erhalten. Sie werden auf die Folgen, die ihre Lebensführung haben muss, aufmerksam gemacht, und meist schon bei Gelegenheit dieser ersten Warnung polizeiärztlich oder auch durch von der Polizei anerkannte, aber nur durch specialistisch geschulte Aerzte untersucht.

In Kopenhagen werden die krank gefundenen, ganz seltene Ausnahmen abgerechnet, zwangsweise in das nur für venerische Frauen bestimmte Vestre-Hospital gebracht und hier bis zu ihrer Heilung zurückgehalten. Macht sich eine Person dann wiederum der Prostitution verdächtig, so wird sie nach § 180 des allgemeinen bürgerlichen Strafgesetzbuches („ein Frauenzimmer, das gegen die Warnung der Polizeibehörde Erwerb durch Unzucht sucht, wird mit Gefängniss bestraft“) bestraft, erhält nach Abbüssung der Strafe noch eine zweite Warnung und kann dann der „Polizeiaufsicht“ unterworfen werden. Sie wird dann noch nicht „inscribirt“ d. h. noch nicht als officielle Prostituirte bezeichnet, hat aber, nach § 5 des erwähnten Gesetzes, sich zur polizeilichen Untersuchung zu stellen, und zwar wird sie sechs Monate lang wöchentlich einmal in dem polizeiärztlichen Untersuchungslocal von dem Polizeiarzt untersucht, aber nicht zu gleicher Zeit mit den Prostituirten. Sie kann jeder Zeit durch den Polizei-Inspektor von dieser Untersuchung dispensirt werden, wenn sie regelmässigen, anständigen Erwerb, feste Stellung etc. nachweist. Auch ist sie verpflichtet, während dieser sechs Monate Aenderungen in ihrer Wohnung oder ihrer Stellung dem Polizei-Inspektor der betreffenden Abtheilung anzuzeigen. Versäumt sie ohne annehmbare Entschuldigung die Untersuchung, und wird sie dann venerisch krank befunden, so kann sie inscribirt werden (§ 6); macht sie sich der Prostitution nach der nunmehr schon zweimaligen Warnung wieder schuldig, so wird sie wiederum bestraft (§ 180) und dann muss sie inscribirt werden.

Es besteht gesetzlich die Möglichkeit, dass ein Mädchen auch auf ihr direktes Verlangen inscribirt wird, wenn sie 18 oder (in Ausnahmefällen) 16 Jahre alt ist: aber gerade diese Personen werden thatsächlich zwar gewarnt, aber nicht inscribirt, weil bei ihnen meist die Noth der einzige Beweggrund zu ihrem Verlangen ist. Es gelingt oft, sie durch gütlichen Zuspruch, eventuell durch Unterstützung vom Wege der Prostitution abzulenken. (Jadassohn. Reisebericht. D. Virteljahrschr. f. ö. Gespfl. 1894.)

Während also in Dänemark die Inscription fast oder ganz ausschliesslich eine zwangsweise ist, sind in Paris die Verhältnisse den unsrigen ähnliche. Hier bestehen nach dem Reglement zwei Formen der Registrirung:

1) l'inscription volontaire und
2) l'inscription d'office.

Im ersten Falle fordert die Prostituirte ihre Einschreibung selbst, im zweiten Falle wird sie dazu gezwungen. Das scheint ein grosser Unterschied zu sein, aber es scheint auch nur so. Denn auch das Verlangen nach der Inscription kann durch die Polizeiorgane erzwungen werden, indem sie den geheimen Prostituirten keine Ruhe mehr lassen, bis sie endlich den Antrag auf Inscription stellen.

Im Allgemeinen wird ja die Polizei bei der Inscription das Richtige, d. h. die Rechten treffen; aber die Presse aller Länder schlägt — und zwar nicht mit Unrecht — Lärm, so oft Fälle bekannt werden, in denen irrthümlicherweise anständige Mädchen und Frauen verhaftet und gar sofort polizeiärztlich untersucht werden. Der Fehler liegt m. E.

einmal darin, dass den untergeordneten Organen ein zu grosser Spielraum bei der Verhaftung eingeräumt wird, zweitens darin, dass bei der ersten Vernehmung das geängstete Mädchen nicht über die ihr zustehenden staatsbürgerlichen Rechte informirt, in der Regel vielmehr in der Vorstellung erhalten wird, sie müsse das ihr vorgelegte Protokoll unterschreiben, widrigenfalls sie bestraft werde[1]).

Ein weiterer Schaden besteht in dem unvermittelten Uebergang zur gewerbsmässigen Unzucht, den die Einschreibung in vielen Fällen erst schafft. Eine strenge Scheidung der Verdächtigen, Anfängerinnen, Halben von den ausgesprochenen Dirnen — eine Scheidung, die dann auch bei der Controle und Behandlung systematisch fortzusetzen ist -- müsste nach dänischem Muster auch bei uns durchgeführt werden. Vor allem aber müsste die gesammte Registrirung mitsammt der nachfolgenden Controle und Behandlung durch ein besonderes Gesetz auf rechtliche Basis gestellt werden. Das heute bei uns in Preussen übliche Verfahren steht in schroffem Widerspruch zur Verfassung; und es giebt keinen Gesetzesparagraphen, welcher das Vorgehen der Polizei — so wohlthätig und nothwendig es auch im Interesse der öffentlichen Gesundheit oft sein mag — zu sanktioniren vermöchte.

## II. Sanitätspolizeiliche Untersuchung.

Die Untersuchung selbst, welche wohl allerorten in ungefähr derselben Weise vorgenommen wird, erstreckt sich vorwiegend auf die äusseren Genitalien, die inneren Genitalien, soweit sie durch das Speculum sichtbar werden, Mund, Hals und Brust, welch letztere halb entblösst wird. Entsteht Verdacht auf Syphilis, so wird eine weitere Entkleidung vorgenommen. Im Jahre 1891 entfielen in Berlin 31 Untersuchungen auf die Stunde, auf jede Untersuchung also durchschnittlich 2 Minuten. In Breslau wird auf Anregung Neisser's seit dem Jahre 1888—89 die mikroskopische Untersuchung des Cervical- und Urethralsekrets auf Gonococcen vorgenommen und zwar in der Weise, dass immer von einem bestimmten Theile der Prostituirten, gleichviel ob dieselben klinische Erscheinungen von Gonorrhoe zeigen oder nicht, Sekret zur mikroskopischen Untersuchung entnommen wird. Die Untersuchungen sollen in Berlin wöchentlich einmal und zwar auf dem Polizei-Präsidium vorgenommen werden. Doch kommen, da immer ein grosser Theil der Mädchen im Krankenhause oder in Strafhaft befindlich ist, im jährlichen Durchschnitt nur 26 Untersuchungen auf je eine Dirne. Auch an anderen Orten ist die wirkliche Zahl der Untersuchungen thatsächlich nicht so gross, wie die Vorschrift ist[2]).

---

[1]) Schmölder. Die Bestrafung und polizeiliche Behandlung der gewerbsmässigen Unzucht. Düsseldorf 1892.

[2]) Folgende Tabelle giebt eine Uebersicht über die Häufigkeit der Untersuchungen.

Der Ort der Untersuchung ist in vielen Städten das Polizei-Präsidium; in Brüssel ist für diesen Zweck ein Gebäude in der Nähe des für die Aufnahme der venerischen Prostituirten bestimmten Hospitals eingerichtet. Wo Bordelle bestehen, findet die Untersuchung oft auch in den Bordellen selbst statt; in kleineren Städten werden die Prostituirten meist in der Privatwohnung des Controlarztes untersucht. Am besten eignet sich — wie das z. B. in Bonn, Strassburg und Stuttgart der Fall ist — ein Raum innerhalb oder in nächster Nähe des Krankenhauses, in dem die kranken Prostituirten untergebracht sind. Dadurch wird nicht nur die Ueberführung der Erkrankten ins Spital und der wünschenswerthe Connex zwischen untersuchenden und behandelnden Aerzten erleichtert, sondern das gesammte Verfahren verliert mehr den polizeilichen Charakter —

---

2 mal monatlich in Nantes,
,, ,, ,, Paris (Einzellebende),
,, ,, ,, Frankfurt a. M. (1. Kl.)
1 mal wöchentlich in Amiens,
,, ,, ,, Berlin,
,, ,, ,, Besançon,
,, ,, ,, Bordeaux,
,, ,, ,, Cöln,
,, ,, ,, Danzig,
,, ,, ,, Dresden,
,, ,, ,, Frankfurt a. M. (2. Kl.),
,, ,, ,, Leipzig,
,, ,, ,, Lyon,
,, ,, ,, Marseille,
,, ,, ,, Paris (Bordelldirnen),
,, ,, ,, Stettin,
,, ,, ,, Toulouse.
Jeden 5. Tag in Genf.
2 mal wöchentlich in Altona,
,, ,, ,, Brüssel,
,, ,, ,, Genf,
,, ,, ,, Genua,
,, ,, ,, Groningen,
,, ,, ,, Hamburg,
,, ,, ,, Haag,
,, ,, ,, Kopenhagen,
,, ,, ,, Lüttich,
,, ,, ,, Lille,
,, ,, ,, Madrid,
,, ,, ,, Mailand,
,, ,, ,, Posen,
,, ,, ,, Prag,
,, ,, ,, Rom,
,, ,, ,, Wien.
4 mal wöchentlich in Hannover.
Täglich in Antwerpen.

das Untersuchungslokal wird zum Ambulatorium. Diese Anordnung würde auch die ausserordentlich wünschenswerthe Einführung der poliklinischen Behandlung der Prostituirten erleichtern, von welcher weiter unten noch die Rede sein wird.

Gegenwärtig bilden neben den 3 wichtigsten Geschlechtskrankheiten, Syphilis, Gonorrhoe und weicher Schanker, allerhand Hautausschläge, sowie gelegentliche, nicht venerische Erkrankungen der Geschlechtsorgane Gegenstand der Untersuchung. Zweifel können nur obwalten betreffs der Gonorrhoe: da nicht jeder Ausfluss aus den weiblichen Genitalien gonorrhoischer resp. contagiöser Natur ist, und da andrerseits, wie Neisser nachgewiesen hat, Gonorrhoe auch ohne wesentliche Sekretion bestehen kann, so sollte die Untersuchung des Cervical- und Urethralsekrets auf Gonococcen — wie sie Neisser vorgeschlagen hat, und wie sie in Breslau, Bonn, Stuttgart, Wiesbaden etc., geübt wird — unerlässlich erscheinen. Da aber, wie es scheint, die überwiegende Mehrzahl der Prostituirten andauernd oder doch fast andauernd an Gonorrhoe leidet, und da von verschiedenen Seiten die Erfolglosigkeit der Gonorrhoebehandlung Prostituirter mit grösster Entschiedenheit verfochten wird, so scheint es fraglich, ob die Gonorrhoe überhaupt Gegenstand der Behandlung (s. u.) und somit der Untersuchung bilden soll. Die Frage erscheint zur Zeit jedoch noch nicht genügend geklärt, um ein endgültiges Urtheil zu fällen.

## III. Behandlung.

Die Behandlung der venerischen Prostituirten ist fast überall eine zwangsweise. In Berlin werden die krank befundenen Mädchen sofort zurückbehalten und per Wagen in die Krankenabtheilung im städtischen Obdach transportirt, woselbst sie bis zum Schwinden der sichtbaren Krankheitserscheinungen internirt gehalten werden. In Petersburg werden von den erkrankten Mädchen nur die unzuverlässigen direct vom Untersuchungsraum ins Krankenhaus geschickt; die übrigen erhalten nur die Weisung, sich am selben Tage spätestens bis 4 Uhr Nachmittags im Hospital einzufinden. In Brüssel werden alle Erkrankten, auch die blos Verdächtigen sofort dem Krankenhaus überwiesen. In Paris werden dieselben in das Hospital von St. Lazare gesandt, ein Gefängniss, in welchem auch die wegen irgend einer Controllübertretung bestraften Prostituirten sowie Verbrecher untergebracht sind. In Brüssel und Lille befinden sich die Abtheilungen für die Prostituirten in den allgemeinen Krankenhäusern, in Breslau im grossen städtischen Allerheiligen-Hospital. Besonders gut ist für die erkrankten Prostituirten in Kopenhagen gesorgt, wo das im Jahre 1886 erbaute Vestre-Hospital unter Leitung des bekannten Syphilidologen Professor Bergh zur Aufnahme der kranken Prostituirten bestimmt ist. Die gesammte Einrichtung dieses Hospitals beruht auf dem Princip, den Prostituirten ihren im Interesse der Allgemeinheit erzwungenen Aufenthalt möglichst angenehm und vortheilhaft zu gestalten.

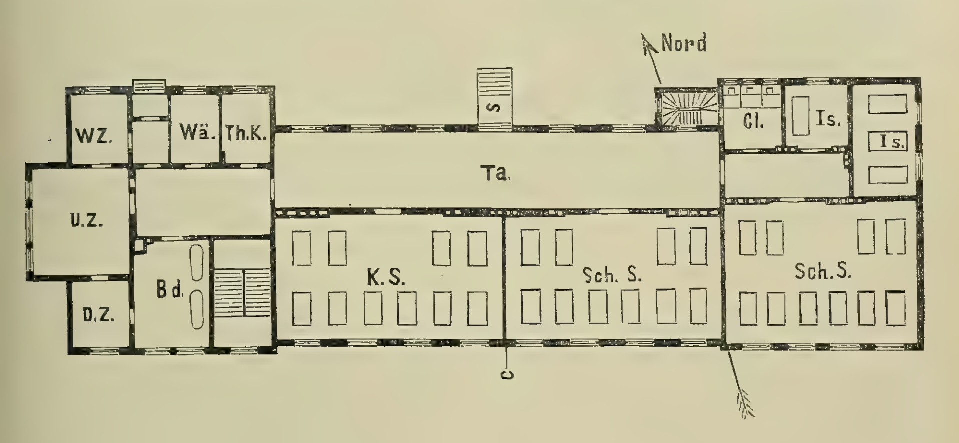
Im Souterrain befinden sich Heizvorrichtungen, Aufnahmezimmer, Bäder für die Neuangekommenen, Keller etc. Im Parterre sind die Tageräume für alle diejenigen Patientinnen, welche nicht bettlägerig sind. Es sind das kleinere und grössere, sehr freundliche Säle mit grossen Tischen, an denen die Mädchen arbeiten, und mit einer Anzahl von Schränken, von denen jeder Patientin einer zur Aufbewahrung der für ihre Arbeit nothwendigen Gegenstände überwiesen wird. In diesen Sälen sind Nähmaschinen aufgestellt, die jederzeit benutzt werden können, und auf denen auch Unterricht im Nähen von Seiten der Wärterinnen oder der Directricen ertheilt wird. Es finden sich ferner in einzelnen dieser Säle Harmonien, und es ist eine Bibliothek vorhanden, welche schon jetzt sehr reichhaltig ist und in jedem Jahre beträchtlich vermehrt wird. Aus ihr erhalten die Patientinnen die Bücher in die Tageräume entliehen. Im ersten Stock sind die Schlafzimmer für die nicht bettlägerigen Patientinnen, welche in einfacher, aber sehr sauberer, freundlicher Weise ausgestattet sind. Im zweiten Stock befinden sich nur die eigentlichen Krankenzimmer für die Patientinnen, welche bettlägerig sind. Im dritten Stock endlich sind die Räume für die ärztliche Behandlung, für wissenschaftliche Untersuchungen, Instrumente etc.

In dem ganzen Hospital ist für die Reinlichkeit in ganz besonders vorzüglicher Weise gesorgt. Die Waschzimmer, welche jeder Abtheilung beigegeben sind, sind mit einer Anzahl von Waschtischen, mit Sitz- und Vollbädern versehen und würden jedem allgemeinen Krankenhause zur Zierde gereichen. Zwei für die beiden Abtheilungen bestimmte, vollständig getrennte Gärten dienen zu dem recht reichlich bemessenen Aufenthalt im Freien. Die Aufsicht wird von weltlichen Wärterinnen besorgt; die Oberaufsicht haben die Inspectricen, Damen aus den besseren Ständen, welche ihre mühevolle Aufgabe mit Hingebung erfüllen und zweifellos mehr Autorität haben und mehr leisten, als das aus den niedersten Ständen hervorgegangene Personal, das bei uns auf diesen Stationen allein vertreten ist. Die Patientinnen, welche nicht bettlägerig sind, sind durch die Hausordnung gezwungen, zu arbeiten. Sie können entweder Handarbeiten für sich selbst anfertigen, und dann sind die Angestellten berechtigt und verpflichtet, ihnen das nothwendige Material zu besorgen, oder sie arbeiten für die Anstalt, besorgen Wirthschaftsgeschäfte, nähen, sticken, stricken etc. und werden für alle diese Arbeiten von der Hospitalverwaltung bezahlt. Ihren Verdienst erhalten sie bei der Entlassung. Eine sehr praktische Hausordnung regelt die Zeiteintheilung:

6 Uhr: Aufstehen und Ordnen der Betten.
$6^1/_4$ Uhr: Waschen, Douchen etc.
$6^3/_4$ bis $7^1/_2$ Uhr: Frühstück.
7 Uhr: Beginn der Reinigung der verschiedenen Zimmer.
$7^1/_2$ bis 8 Uhr: Im Sommer Aufenthalt im Garten, im Winter in den Tageräumen.
$8^1/_2$ bis 11 Uhr: Visite, Frühstück und Aufenthalt im Garten oder in den Corridoren.
11 bis 1 Uhr: Beschäftigung auf den Stuben.
1 bis 2 Uhr: Mittagessen.
2 bis 6 Uhr: Beschäftigung auf den Stuben, Aufenthalt in freier Luft oder auf den Corridoren, Douchen, Verbände.
6 bis 7 Uhr: Visite.
7 Uhr: Abendmahlzeit.
$7^1/_2$ bis $8^1/_2$ Uhr: Freie Zeit.
$8^1/_2$ Uhr: Bettzeit.

Nach dem Vorbilde des Vestre-Hospitals ist neuerdings im städtischen Krankenhaus zu Kiel auf Anregung des dirigirenden Arztes Dr. Hoppe-Seyler ein 2stöckiger Pavillon für venerisch erkrankte Frauen erbaut worden, welcher wegen seiner zweckmässigen Einrichtung als mustergiltig für ähnliche Institute dienen kann.

Im Gebäude ist eine scharfe Trennung beider Categorien von Insassen, der jüngeren und der unter Controle stehenden, bezw. älteren und verdorbeneren durchgeführt, sodass dieselben fast garnicht miteinander in Berührung kommen; die letzteren sind im Erdgeschoss, die anderen im Obergeschoss untergebracht. Um die Kranken mit Näharbeit etc. über Tag beschäftigen zu können und eine fortwährende Beaufsichtigung derselben zu ermöglichen, ist ein 4 m breiter, 22 m langer Corridor, welcher als Tagesraum (Ta) dient, angelegt. Auf ihn münden der Krankensaal (K.S.), dessen Thür am Tage weit offen steht, sodass er bequem von der im Tagesraum befindlichen Wärterin überblickt werden kann, und in dem sich die bettlägerigen Kranken befinden, ferner ein weiterer auch für 10 Betten berechneter Schlafraum (Sch. S.), der Tags verschlossen gehalten wird. Ein weiterer derartiger Raum liegt im östlichen




Theil und mündet auf den Mittelcorridor. Aus dem unteren Tagesraum führt eine Thür in den nördlichen Hofraum, der zum Aufenthalt im Freien dient und ebenso wie der südlich gelegene durch einen Ausgang im Treppenhause zu erreichende Hof mit einer 2,5 m hohen, von 50 cm hohem Stacheldrahtgitter gekrönten Mauer umgeben ist. So sind auch bei Aufenthalt im Freien die beiden Abtheilungen vollkommen getrennt. In jedem Geschoss sind Untersuchungszimmer (U. Z.), Badezimmer (Bd.), Douchezimmer (D.Z.), Closets (Cl.), ein kleiner Isolirraum (Is.) für ein und ein grösserer für 3 Betten, Theeküche (Th. K.) und Wärterinstube (Wä.) vorhanden. Im Erdgeschoss befindet sich noch neben dem Eingang ein Wartezimmer für neu eingelieferte Kranke, für Vernehmungen durch die Verwaltung, Polizei etc., darüber liegt im Obergeschoss ein Zimmer für die Aerzte, welches zu mikroskopischen, bacteriologischen etc. Untersuchungen dient. Im Dachgeschoss sind über dem westlichen Kopf Zimmer für die Oberwärterin, Raum für Kleider, Wäsche etc. vorgesehen, der übrige Bodenraum dient nur zur Ventilation und enthält die grossen Röhren und das Expansionsgefäss der Heizanlage.

Das Personal besteht aus einer Schwester aus dem Anscharhaus in Kiel und zwei Wärterinnen. Die Schwester hat hauptsächlich die Arbeit und Beschäftigung

der Kranken zu beaufsichtigen, worin sie von den Wärterinnen unterstützt wird, sie dazu anzuleiten und die betreffenden Bücher zu führen. Die Krankenpflege und die Hilfe bei der ärztlichen Untersuchung und Behandlung liegt vorwiegend in den Händen der Wärterinnen.

Es besteht eine genaue Tageseintheilung. Vormittags findet die ärztliche Untersuchung und Behandlung statt, abends wird gebadet, gedoucht, werden Einreibungen vorgenommen etc., dazwischen wird gearbeitet mit einer grösseren Mittagspause, in der sich die Kranken auch bei gutem Wetter in den betreffenden Höfen frei ergehen dürfen.

Die Kranken werden je nach ihren Fähigkeiten beschäftigt. Die meisten sind zum Nähen, Stricken und Schneidern zu verwenden, andere müssen die Wasch- und Scheuerarbeiten leisten. Sie tragen sämmtlich Anstaltskleidung, ihre eigenen Sachen werden in besonderen Räumen des Dachgeschosses in Gestellen, wo jede Kranke ihre Abtheilung hat, aufbewahrt und ihnen erst bei der Entlassung ausgehändigt. Die sämmtlichen Kleider, die sie tragen, haben die Kranken selbst in der Zeit seit der Belegung des Pavillons angefertigt, sie haben ausserdem alles, was an solchen Arbeiten, an Ausbesserung und Neuanfertigung von Kleidern für das Armen- und Krankenhaus nöthig war, beschafft und theilweise auch für Geschäfte Einiges gearbeitet. Bei ihrer Entlassung erhalten sie einen Theil des Arbeitslohnes ausgezahlt, je nach der Güte der geleisteten Arbeit, unter Zugrundelegung der von der Schwester darüber geführten Listen, in die sie täglich die verrichtete Arbeit einträgt und taxirt.

Die Einrichtung des Gebäudes hat sich schon sehr gut bewährt. Die Beaufsichtigung und Beschäftigung der Kranken lässt sich leicht durchführen. Es herrscht Ruhe und Ordnung, während dies in den früheren Räumen kaum zu erreichen war. Zugleich ist aus der Arbeit der Kranken für die Anstalt wesentlicher Nutzen erwachsen.

---

Gegenstand der Behandlung sind in den Abtheilungen für venerische Prostituirte neben den 3 wichtigsten Geschlechtskrankheiten namentlich noch die Krätze und die sogenannten pseudovenerischen Affectionen, d. h. die nicht contagiösen Erkrankungen der äusseren Genitalien, die aber nicht selten differential-diagnostisch gewisse Schwierigkeiten darbieten, insofern sie venerischen Affectionen oft äusserlich ähnlich sehen. Alle diese Affectionen werden natürlich bei Prostituirten nicht anders behandelt, als bei andern derartigen Kranken, dasselbe gilt auch von dem weichen Schanker und dessen Folgekrankheit, dem Bubo inguinalis. Anders liegen die Dinge bei der Syphilis und der Gonorrhoe. Die Syphilis ist eine eminent chronische Krankheit, welche mit einer einmaligen mehrwöchentlichen Cur nicht zu heilen ist und welche erfahrungsgemäss in den ersten 3, 4 Jahren nach der Infection — trotz voraufgegangener Behandlung — mehrfach zu recidiviren pflegt. Diese Recidive sind als contagiös zu betrachten nur dann, wenn sie 1. ihren Sitz an leicht zugänglichen Körperstellen, insbesondere den Genitalien und der Mundhöhle haben, 2. wenn sie an diesen Stellen auftreten in Form von nässenden, d. h. infectiöses Sekret absondernden Papeln oder 3. im Falle, dass sie von Oberhaut bedeckte Flecken oder Knoten darstellen, auch dann, wenn diese so sitzen, dass durch mechanische Einwirkungen.

z. B. Reiben beim Coitus, die schützende Oberhautbedeckung leicht entfernt wird. Fraglich ist ferner, ob das Sperma und das — z. B. aus einer Risswunde heraustretende — Blut nicht ebenfalls infectiös sind oder doch zeitweis infectiös werden können.

Soviel ist jedenfalls klar, dass einmal weder eine einmalige Cur die Syphilis heilt und dass ein andermal selbst bei wiederholten Curen in den Zwischenzeiten oft Krankheitserscheinungen auftreten, die, bis sie entdeckt werden, die Krankheit weiter verbreitet haben können. Man hat die Periode, innerhalb deren die Syphilis contagiöse Symptome aufweisen kann, die contagiöse oder nach ihren gefährlichsten Manifestationen die condylomatöse Periode genannt und hat verlangt (Sperck, J. Neumann u. a.), dass Prostituirte innerhalb dieser ganzen Periode, also während mindestens dreier Jahre im Krankenhaus internirt werden müssten. Von anderer Seite ist in der Erkenntniss, dass eine derartige protrahirte Krankenhausbehandlung eine Ungeheuerlichkeit darstellt, vorgeschlagen worden, nach Ablauf der manifesten Krankheitserscheinungen die Prostituirten in Besserungsanstalten, Asylen, Arbeitscolonieen oder dergl. unterzubringen — so lange, bis die Contagiosität ihrer Lues erloschen sei. Es liegt auf der Hand, dass auch das einfach undurchführbar ist. Von den gesetzlichen Schwierigkeiten abgesehen, würden die Kosten unerschwingliche sein, und der Erfolg einer so jahrelang fortgesetzten Internirung der Kerntruppen der Prostitution wäre nur gesteigerte Nachfrage nach Prostitution, dementsprechendes Angebot und Infection des — nicht immunen — Nachwuchses. Denn man vergesse nicht, so gefährlich diese syphilitischen Prostituirten sind, ihre Gefährlichkeit ist selbst in den ersten Jahren in den symptomfreien Intervallen geringer als die der noch nicht inficirten, da letztere sich von einem syphilitischen Manne inficiren können, erstere bekanntlich nicht.

Man wird sich demnach mit der Behandlung der offensichtlichen Krankheitssymptome begnügen und in den symptomfreien Intervallen die syphilitischen Prostituirten laufen lassen müssen. Freilich müsste diese Gruppe wesentlich häufiger als die anderen Prostituirten — mindestens zweimal wöchentlich — untersucht werden.

Von Neisser und seiner Schule ist ferner vorgeschlagen worden, diese syphilitischen Prostituirten der sogenannten chronisch-intermittirenden Fournier-Neisser'schen Behandlungsmethode zu unterwerfen, d. h. dieselben in den ersten 3 Jahren in regelmässigen Zwischenräumen, gleichviel, ob Krankheitssymptome vorhanden sind oder nicht, einer mercuriellen Behandlung zu unterziehen. Ich glaube, man wird die Entscheidung dieser rein medicinischen Frage dem jeweilig behandelnden Arzt überlassen müssen; ich halte es nicht für statthaft, auch mit Bezug auf die Art der Behandlung dem Arzte eine so weitgehende Directive zu ertheilen. Ich persönlich habe nicht den Eindruck, als ob das Fournier-Neisser'sche Verfahren auf den Verlauf der Syphilis von so wesentlicher Bedeutung sei, dass es als das allein Zweckmässige betrachtet

werden könne. Insbesondere sind die in den symptomfreien Intervallen verabreichten Curen keineswegs im Stande, den Ausbruch von Recidiven zu verhüten oder auch nur zu beschränken. Für die Prostituirtenbehandlung dürfte somit die Behandlung der Recidive selbst als ausreichendes therapeutisches Verfahren zu betrachten sein.

Noch schwieriger liegen die Dinge bei der Gonorrhoe. Einmal besitzen wir kein sicheres Merkmal der erfolgten Heilung; die klinischen Symptome sind völlig trügerisch; das oft vorübergehende Nachlassen oder selbst Schwinden des Urethral- oder Cervicalsekrets ist absolut kein Zeichen für eine Beseitigung, ja nicht einmal für eine Besserung der Krankheit. Und das immerhin objective Kriterium der Contagiosität, der Gonococcenbefund, ist zuverlässig nur, soweit er positiv ist, während ein negativer Befund nie ganz eindeutig ist.

Nun kommt aber hinzu, dass nach der Auffassung zahlreicher Gynäkologen die Gonorrhoe des weiblichen Geschlechts eine so schwere und hartnäckige, durch therapeutische Maassnahmen so wenig zu beeinflussende Krankheit ist, dass man sie in der Praxis fast als unheilbar betrachten könne. Soviel ist jedenfalls richtig, dass, wenn man es mit dem anzustrebenden Erfolge — d. h. der Beseitigung der Contagiosität — ernst nimmt, bei einem grossen Theil der Prostituirten dieser Erfolg entweder nie oder erst nach vielmonatlichem Krankenhausaufenthalt erzielt wird. Und die Uebrigen muss man bestenfalls entlassen in der sehr unsicheren Ueberzeugung, dass der erreichte Zustand ein dauernder, die Heilung eine definitive sein möchte. Ob nun bei diesen Mädchen, wenn sie 14 Tage später wieder mit einer Gonorrhoe zur Behandlung kommen, ein Recidiv oder eine Neuinfection vorliegt, wird oft nicht zu entscheiden sein.

Angesichts dieser geringen Erfolge ist die Frage nicht unberechtigt, ob denn überhaupt die Gonorrhoe Gegenstand sanitätspolizeilicher Controle und Behandlung sein und bleiben solle. Denn es ist kein Wunder, dass bei so geringen Heilerfolgen der weitaus grösste Theil aller Prostituirten dauernd an Gonorrhoe leidet (womit natürlich nicht gesagt ist, dass dieselben immer virulente Gonococcen in ihrem Genitalsekret haben müssen). Und die ernste Inangriffnahme dieses ungeheuren Krankenmaterials würde einen so ungeheuren Kostenaufwand erfordern, dass die wenigsten Gemeinwesen denselben tragen würden — zumal wenn man ihnen nur so minimale Aussichten auf Erfolg machen könnte.

Die Entscheidung dieser ganzen Frage hängt ab vor allem von dem Urtheil der Gynäkologen über die Heilbarkeit der Gonorrhoe, ferner von den Resultaten einer — leider noch fehlenden — exacten Krankenstatistik, welche feststellt, wie viele Prostituirte immer durchschnittlich gonorrhoefrei sind, wie viele dauernd oder doch lange Zeit als contagiös gelten müssen, und welchen Aufwand an Zeit und Geld die Heilung einer Gonorrhoe bis zur Beseitigung ihrer Contagiosität kostet.

Soviel ist aber heute schon klar — die Krankenhausbehandlung allein ist nicht im Stande, die Gonorrhoe der Prostituirten unschädlich

zu machen — hier müssen noch andere Wege eingeschlagen werden. Das ist vor allem die Anleitung der Prostituirten zur fortgesetzten Selbstbehandlung durch Irrigationen mit antiseptischen oder adstringirenden Medikamenten Morgens, Abends, vor und nach dem Beischlaf, sowie ferner die consultative ambulante Behandlung derselben gelegentlich der Controle. Ich habe — in Uebereinstimmung mit Fournier und Neisser — zu wiederholten Malen eine solche ambulante Behandlung, und damit eine Umgestaltung des bisher höchst odiösen polizeilichen Untersuchungsaktes in eine den Prostituirten selbst erwünschte — wenn auch polizeilich vorgeschriebene poliklinische Sprechstunde gefordert; die Misserfolge der klinischen Gonorrhoebehandlung drängen geradezu zu einem solchen Ersatzmittel. Ob man den Prostituirten das Vorräthighalten von Schutzmassregeln — wie Condoms, Sublimatlösung, Blokusewski's Argentumtropfglas, — empfehlen oder gar vorschreiben soll, erscheint mir eine Frage von untergeordneter Bedeutung; irgend welche „moralische" Bedenken können hierbei sicherlich nicht in Frage kommen.

### B. Fürsorge für die übrigen venerischen Kranken.

Die geringen Erfolge, welche die Behandlung der venerisch erkrankten Prostituirten aufzuweisen hat, ist begründet nicht nur in den soeben erörterten medicinischen Momenten — es treten noch eine Reihe von socialen Faktoren hinzu, welche den Werth des bei uns üblichen Verfahrens wesentlich herabzumindern geeignet sind, das sind namentlich die Schwierigkeiten, welche die Auffindung und die andauernde Beobachtung der Prostituirten in einigermassen grossen Städten erfordert. Die erleichterten Verkehrsbedingungen der Grossstadt ermöglichen es dem Einzelindividuum in der Masse zu verschwinden, und lassen bei uns auf diese Weise alljährlich etwa ein Drittel der eingeschriebenen Prostitution der Controle entschlüpfen. Und dann tritt in Industriestädten zu der eigentlich gewerbsmässigen Prostitution die an Zahl bei weitem umfangreichere gelegentliche hinzu, bei der eine Controle weder durchführbar noch statthaft wäre. Aber gerade das lässt die Fürsorge für den nicht unter polizeilicher Aufsicht stehenden Antheil der Venerischen als eine ausserordentlich wichtige hygienische Angelegenheit erscheinen. Wie sie heute beschaffen ist, ist diese Fürsorge eine vorwiegend negative. Wie ich in meinem Buche „Syphilis und Prostitution" (S. 92) ausführte, sind fast alle legislatorischen Massnahmen, alle gesellschaftlichen Einrichtungen, die in irgend einer Weise auf die venerischen Krankheiten Bezug nehmen, derart beschaffen, als wären sie in raffinirtester Weise ersonnen, diese Krankheiten unter der Bevölkerung möglichst zu verbreiten und zu vermehren — ein Ausspruch, der oft citirt und allgemein als richtig anerkannt worden ist.

Es ist klar, dass der Verbreitung der venerischen Krankheiten am besten dadurch gesteuert wird, dass die Erkrankten während der Dauer der Contagiosität d. h. sowohl während der ersten Infection als auch bei etwa auftretenden Recidiven das Krankenhaus aufsuchen. Wenn bei anderen Infectionskrankheiten die sachgemässe klinische Behandlung einen nicht unwesentlichen Theil der Prophylaxe einnimmt, so kann man sagen, dass bei den venerischen Krankheiten die gesammte Prophylaxe sich eigentlich mit der Krankenhausbehandlung erschöpft. Der Geschlechtskranke ist, so lange er im Hospital ist, ausser Stande, seine Krankheit weiter zu verbreiten. Es bedarf keiner Desinfection seiner Wohnräume, seiner Betten, seiner Kleidungsstücke, es bedarf nicht irgend welcher weiteren Eingriffe der Sanitätspolizei in seine eigenen oder seiner Angehörigen Privatangelegenheiten; es genügt, ihn während der Dauer der Contagiosität in einem Krankenhaus zu haben, um zu wissen, dass alles geschehen ist, was überhaupt möglich ist, die Weiterverbreitung dieser Krankheit von diesem Kranken aus zu verhüten. Es müsste daher die Aufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege sein, die Krankenhausbehandlung als das erstrebenswerthe Ziel für jeden einzelnen Fall von Geschlechtskrankheit zu betrachten und alle Gesetze und Einrichtungen so zu treffen, dass von den Venerischen möglichst viele das Krankenhaus aufsuchen. In dieser Erkenntniss wird von manchen Autoren einfach die zwangsweise Spitalsbehandlung für alle Geschlechtskranken gefordert, — eine Utopie, die bei den ersten Versuchen ihrer Durchführung an unsern socialen Verhältnissen scheitern würde. Aber auch die zwangsweise Krankenhausbehandlung nur auf eine einzelne Bevölkerungsgruppe — Fabrikarbeiter, Matrosen, Kellnerinnen u. s. w. — angewendet, lässt sich in der Praxis nicht durchführen. Ganz abgesehen von der socialen Ungerechtigkeit, die darin liegen würde, einen beliebigen Theil der Geschlechtskranken anders zu behandeln als einen andern social besser situirten, stehen auch rein technisch der Durchführung solcher Massnahmen viele Schwierigkeiten im Wege. Ich selbst habe früher geglaubt, dass man sich des Krankenkassenwesens bedienen könnte, um die hygienisch gewiss sehr empfehlenswerthe klinische Behandlung zwangsweise durchzusetzen. Aber ich habe mich im Laufe der Jahre davon überzeugt, dass ganz allgemein ein solcher Zwang nicht ausgeübt werden kann, und dass der Weg, um eine möglichst allgemeine Krankenhausbehandlung zu erzielen, ein ganz anderer sein muss; d. h. dass man den Venerischen den Zutritt zu den Krankenhäusern in jeder Weise erleichtern und ihnen den Aufenthalt daselbst so angenehm wie möglich machen muss.

Ganz das Entgegengesetzte erstrebt oder wenigstens erzielt das heute bei uns geltende System:

1. Das Krankenkassengesetz giebt in seinen §§ 6a und 26a den Kassen, resp. den Gemeinden die Möglichkeit zu beschliessen:

„Dass den Versicherten, welche sich eine Krankheit vorsätzlich oder . . . . . durch geschlechtliche Ausschweifung zugezogen haben,

für diese Krankheit das statutenmässige Krankengeld garnicht oder nur theilweise zu gewähren ist."

Von dieser Bestimmung machen leider noch immer eine grosse Anzahl von Kassen Gebrauch. Die Folge davon ist, dass viele Kranke im Falle einer venerischen Erkrankung den Kassenarzt garnicht consultiren, sondern zum Pfuscher gehen, sich selbst behandeln und im Falle der Erwerbsunfähigkeit weiter arbeiten und die Krankheit verschlimmern. Das Schlimmste aber ist, dass diese Bestimmung den Kassen das Recht giebt, die Inanspruchnahme eines Krankenhauses durch den Kranken zu verhindern. Da sie nämlich zwar verpflichtet sind, ärztliche Behandlung und Arznei, jedoch kein Krankengeld zu gewähren, so trifft sie von den Curkosten in einem Krankenhaus nur ein Drittel, d. h. der auf Arzt und Arznei entfallende Antheil, während die übrigen zwei Drittel vom Kranken selbst zu entrichten sind. Da der Kranke doch fast niemals im Stande ist, diese zu bezahlen, so unterbleibt eben in solchen Fällen die Krankenhausbehandlung.[1])

Selbstverständlich müssten alle diese Beschränkungen aus dem Krankenkassengesetz fortfallen. Ihre Schädlichkeit, auf die ich seit Jahren wiederholt hingewiesen habe, ist denn auch vor einigen Jahren von der preussischen Regierung selbst anerkannt worden, welche in einem Ministerial-Rescript den Krankenkassen die Krankenhausbehandlung ihrer geschlechtskranken Mitglieder besonders ans Herz gelegt hat. Dieser Schritt hatte nur einen sehr mässigen Erfolg aufzuweisen, da ihm die gesetzliche Handhabe fehlte. Sobald eine erneute Revision des Krankenkassengesetzes vorgenommen wird, werden denn auch wohl die §§ 6a und 26a desselben eine entsprechende Abänderung erfahren müssen.

Von grosser Wichtigkeit wäre ferner eine Ausdehnung der Versicherungspflicht auf gewisse Bevölkerungsgruppen, welche bisher dieser Pflicht nicht unterliegen, bei denen aber das Bedürfniss nach obligatorischer Krankenversicherung entschieden vorhanden ist. Aber es steht, meines Erachtens, nichts einer Ausdehnung der obligatorischen Krankenversicherung auch auf diesen Rest der Bevölkerung im Wege. So glaube ich z. B., dass die Studenten, für die zum Theil schon eine Unfallversicherung eingeführt ist, dringend einer obligatorischen Krankenversicherung bedürften. Und wie wichtig eine solche Versicherung wäre, das kann ich aus meiner langjährigen Thätigkeit als Arzt einer derartigen studentischen Krankenkasse bezeugen. Stellen doch die

---

[1]) Wenn ein Krankenkassenmitglied nun doch in das Krankenhaus aufgenommen wird, und, wie gewöhnlich, nachher nicht im Stande ist, die ihm zukommenden zwei Drittel der Behandlungskosten zu zahlen, so entstehen gewöhnlich Prozesse zwischen der Krankenhausverwaltung und der Heimathsbehörde des Kranken, welche von der Krankenhausverwaltung regresspflichtig gemacht wird. Dass es für die Kranken nicht angenehm ist, wenn in ihrer Heimath ihre Erkrankung bekannt wird, liegt auf der Hand; und auch das bildet oft einen Grund der Weigerung, sich in ein Krankenhaus aufnehmen zu lassen.

Studenten eine Gruppe der Bevölkerung dar, die, wie ich gezeigt habe, nächst der gewerbsmässigen Prostitution vielleicht die höchste Erkrankungsziffer an Geschlechtskrankheiten aufzuweisen hat — eine Bevölkerungsgruppe, für welche ein gewisser Zwang in hygienischer Beziehung ebenso dienlich als statthaft wäre. An vielen deutschen Hochschulen (Greifswald, Halle, landwirthschaftliche und thierärztliche Hochschule zu Berlin etc.) besteht ein solcher Zwang schon; aber leider ist derselbe vergesellschaftet mit den odiösen Bestimmungen, welche dem Geschlechtskranken entweder überhaupt jede Hilfe versagen oder nur einen Theil, und zwar ärztliche Hilfe und Medicamente, aber keinen Krankenhausaufenthalt gewähren.

2. Aehnliche Bestimmungen zu Ungunsten der Geschlechtskranken finden sich in der Gesindeordnung und der Seemannsordnung. Dieselben gestatten eine sofortige Entlassung Angestellter im Falle einer Geschlechtskrankheit ohne Fortzahlung des Lohnes oder die sonst übliche Verpflichtung zur Erstattung der Kurkosten. Diese Bestimmungen werfen in grossen Städten Hunderte von geschlechtskranken Dienstmädchen erbarmungslos auf die Strasse und machen sie auf diese Weise zu Prostituirten, und sie senden in jedem Hafenort viele venerische Matrosen statt ins Hospital mitten unter die Bewölkerung; es kann dann nicht Wunder nehmen, wenn die Bevölkerung der Hafenstädte einen besonders hohen Procentsatz von Geschlechtskrankheiten aufweist.

3. In vielen Orten sind die Krankenhäuser den Geschlechtskranken statutarisch oder gewohnheitsgemäss verschlossen, und selbst da, wo dies nicht der Fall ist, werden Geschlechtskranke in der Regel nicht aufgenommen, wenn die Krankenhäuser mit Kranken anderer Art überfüllt sind. Es herrscht somit dort die Vorstellung, dass von allen Arten Kranker die Geschlechtskranken zuletzt den Anspruch auf eine Hospitalbehandlung haben. Das z. B. ist die Auffassung, welche zur Zeit in den Berliner städtischen Krankenhäusern üblich ist. Wie schädlich dieses ablehnende Verhalten der Krankenhausverwaltungen gegenüber den Geschlechtskranken ist, wird übrigens auch neuerdings in dem Bericht der Medicinalabtheilung des preussischen Kultusministeriums (s. „Das Sanitätswesen in Preussen in den Jahren 1889, 1890 und 1891. Berlin 1897. S. 129) ausdrücklich hervorgehoben. Danach ging es soweit, dass in einzelnen Städten nicht einmal die venerisch erkrankten Prostituirten in einem Krankenhause untergebracht werden konnten. Fast überall ist die Zahl der Betten, welche für Geschlechtskranke bestimmt sind, unzureichend und zwar nicht nur für die Geschlechtskranken, welche einer klinischen Behandlung dringend bedürfen, sondern selbst für die sehr viel geringere Ziffer von Kranken, die trotz aller genannten Schwierigkeiten die Krankenhäuser aufsuchen. (Anfang der neunziger Jahre bestand in Berlin ein offenbarer Nothstand. Es fehlte an Betten für Geschlechtskranke, und es mussten z. B., wie Lesser berichtet, venerisch erkrankte Prostituirte aus Mangel an Platz frei in die Stadt entlassen werden.)

4. Die unentgeltliche Behandlung Geschlechtskranker in Krankenhäusern, wie sie in Schweden, Norwegen und Dänemark gesetzlich fixirt ist, und für Deutschland von manchen Autoren gefordert wird, würde für einen grossen Theil der Bevölkerung durch das Krankenkassenwesen geregelt sein, wenn die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet wären, die Curkosten in einem Krankenhause zu bezahlen. Aber auch für nicht bemittelte Geschlechtskranke, welche keiner Kasse angehören, ist die Krankenhausbehandlung sehr erschwert. Freilich werden, wo Abtheilungen für Geschlechtskranke bestehen, auch Minderbemittelte manchmal ohne vorherige Bezahlung der Curkosten aufgenommen. Aber diese werden nachträglich von ihnen zwangsweise eingetrieben, oder die Gemeinde des Heimathsortes wird für die Curkosten nachträglich — falls der Kranke von vornherein erklärt, unbemittelt zu sein, sofort — regresspflichtig gemacht. (S. a. Anmerkung pag. 377). Diese in weiten Kreisen der Bevölkerung bekannte Thatsache hält natürlich viele Geschlechtskranke von der Inanspruchnahme der Krankenhäuser ab, denn es ist klar, dass für die meisten Menschen ein Bekanntwerden ihrer Geschlechtskrankheit in ihrer Heimath, vielleicht einem kleinen Dorf, etwas Niederdrückendes hat. Ich habe auch nicht selten erlebt, dass halbwegs ehrbaren Mädchen, die vielleicht wegen einer Gonorrhoe eine Zeit lang in der Charité gelegen hatten, durch das Bekanntwerden dieser Thatsache in ihrer Heimath die Rückkehr zu einem geordneten Lebenswandel vollkommen abgeschnitten wurde. Zweifellos liegt es im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege, für diese Gruppe der Kranken nicht nur die unentgeltliche Krankenhausverpflegung einzuführen, sondern auch gesetzlich festzulegen, dass für die Curkosten in diesen Fällen nicht die Heimathsgemeinde, sondern entweder der Staat oder die Gemeinde, innerhalb deren die Heilung erfolgt, aufzukommen hat.

5. Fast aller Orten herrschen in den Krankenhäusern erschwerende Bestimmungen für Geschlechtskranke, welche nicht durch das Wesen der Geschlechtskrankheiten begründet sind und welche den Erkrankten den Krankenhausaufenthalt unleidlich machen. So wird den Geschlechtskranken in vielen Orten der Empfang von Besuch, das Spazierengehen im Garten etc. untersagt; die Disciplin ist eine besonders harte; oft sind die Fenster der Abtheilung undurchsichtig oder vergittert, und die Abtheilungen selbst in der Regel, wie Hoppe-Seyler treffend hervorhebt, in den schlechtesten Theilen der Krankenhäuser, in unhygienischen Räumen untergebracht, welche zu dauerndem Aufenthalt von Kranken völlig ungeeignet sind. Derartige Massnahmen, welche den Krankenhausaufenthalt für Geschlechtskranke zu einer Art Gefängnissstrafe stempeln, lassen das gelinde Entsetzen, welches unsere Patienten oft befällt, wenn wir sie einer Genitalinfection wegen in das Krankenhaus schicken wollen, erklärlich und berechtigt erscheinen; und auch dem Arzt ist es nicht zu verdenken, wenn er, wie die Dinge liegen, dem dringenden Wunsche des Patienten, ihn nicht dem Krankenhaus zu überweisen, seiner eigenen besseren Ueberzeugung zuwider willfahrtet. „Wie wichtig es ist, dass

die Prostituirten (für diese gelten alle derartige Vexationen in erhöhtem Maasse) im Krankenhause human, wenn auch energisch behandelt werden, wird aus dem Regierungsbezirk Düsseldorf besonders hervorgehoben. Seitdem diese Verhältnisse sich dort gebessert haben, bleiben die Prostituirten der Controle nicht mehr fern wie früher (Sanitätswesen pag. 129)." Alle diese Massnahmen sind ein Ausfluss der alten Vorstellung, dass die Geschlechtskrankheiten eher eine Sünde als eine Krankheit seien, und dass man die Geschlechtskranken eher für diese Sünde bestrafen als heilen müsse, eine Anschauung, die vom hygienischen Standpunkt aus als verwerflich und überaus schädlich zu bezeichnen ist. Jede Beschränkung, die nicht durch den Charakter der Krankheit selbst geboten ist, müsste fortfallen. Ja, selbst die räumliche Trennung der Geschlechtskranken von anderen Kranken ist nur in grossen Krankenhäusern zu rechtfertigen, wo den gesonderten Abtheilungen auch specialistisch vorgebildete Aerzte vorstehen. In kleineren Krankenhäusern, wo das nicht der Fall ist, können und sollten die Geschlechtskranken zusammen mit Kranken andrer Art in einer Abtheilung liegen. Die Geschlechtskranken bedürfen nicht wie die meisten anderen Infectionskranken einer räumlichen Isolirung. Syphilis und Gonorrhoe werden nicht par distance übertragen. Die einzige Vorsorge, die man vielleicht zur Verhütung einer Infection der Nachbarn treffen könnte, wäre die Gewährung von Ess- und Trinkgeschirr anderer Form oder Farbe für die Syphilitischen, (wohl gemerkt nur für die Syphilitischen, während die Gonorrhoeen, Bubonen etc. keinerlei derartige Vorsichtsmassregeln erfordern).

Freilich ist überall, wo sich die Zahl der Geschlechtskranken dauernd über eine gewisse Höhe erhebt (30—40 Betten), eine eigene Abtheilung und deren Unterstellung unter einen Fachmann angebracht; denn leider werden auch in ärztlicher Beziehung noch überall die Geschlechtskranken sowohl auf den inneren als auch auf den äusseren Stationen der Krankenhäuser als minderwerthige Patienten angesehen. Das Interesse des dirigirenden Arztes pflegt für sie gewöhnlich minimal zu sein, und es ist anzunehmen, dass unter dieser Vernachlässigung die therapeutischen Erfolge leiden, der Krankenhausaufenthalt oft unnütz verlängert und manches Wichtige übersehen wird. Auch diese Unterschätzung der Syphilidologie in ihrer Bedeutung für die Klinik ist wahrscheinlich bedingt durch die niedrige moralische Einschätzung der Geschlechtskrankheiten.

---

Noch einige wichtige Punkte, welche die Krankenhausbehandlung Venerischer betreffen, sollen hier zum Schluss erörtert werden. Wir haben oben gesehen, dass ein mehrwöchentlicher Krankenhausaufenthalt in der Regel nicht hinreicht, um eine Syphilis und in vielen Fällen auch nicht, um eine Gonorrhoe zu beseitigen — und ich habe auseinandergesetzt, welche Schwierigkeiten daraus für die Behandlung der Prostitution sich ergeben — wie soll man sich nun gegenüber den freiwillig ins

Krankenhaus kommenden Geschlechtskranken in dieser Beziehung verhalten; wann und unter welchen Cautelen soll man sie aus der Behandlung entlassen? Von einem zwangsweisen Zurückhalten noch nicht Geheilter, wie es einige Autoren fordern, kann nicht die Rede sein. Krankenhäuser, in denen ein solches Verfahren geübt würde, würden bald und mit Recht von der Bevölkerung gemieden werden. In solchen Fällen ist mit Gewalt nichts, durch gütlichen Zuspruch sehr viel zu erreichen. Syphilitische Männer und Frauen wird man ebenso wie die Prostituirten dann entlassen können, wenn die sichtbaren Krankheitserscheinungen abgeheilt sind, und vielleicht noch ein wenig darüber hinaus, weil man annehmen kann, dass nach Schwund des makroskopisch Sichtbaren noch Residuen da sind, welche sich der Besichtigung mit dem blossen Auge entziehen. Bei Privatkranken müsste man sich damit begnügen, sie auf die Gefährlichkeit der Erkrankung, auf die Häufigkeit der Recidive, auf die Nothwendigkeit regelmässig wiederholter Untersuchungen aufmerksam zu machen und ihnen am besten gedruckte Verhaltungsmaassregeln, wie ich dies mit allen meinen Patienten thue, in die Hand zu geben.

Bei Mitgliedern von Krankenkassen scheint es zweckmässig, principiell Geschlechtskranke nie als „geheilt“, sondern stets nur als „gebessert“ zu entlassen und diesem Vermerk noch hinzuzufügen: „zur weiteren Beobachtung“. Auf diese Weise würden die Kassen auf die Nothwendigkeit einer weiteren Behandlung aufmerksam gemacht, der Kranke könnte dann sofort nach der Entlassung dem Kassenarzt bezw. einem Specialarzt überwiesen werden, bei dem er sich in regelmässigen Zwischenräumen vorzustellen haben würde. Auf diese Weise würde die doch immerhin nur mangelhafte Krankenhausbehandlung bei einem in Deutschland ja sehr grossen Theil der venerisch Erkrankten eine sehr glückliche Ergänzung durch die anschliessende obligate ambulatorische Nachbehandlung finden. Denn in so weit scheint mir allerdings bei den Krankenkassen ein Zwang nicht nur berechtigt, sondern auch im Interesse der öffentlichen Gesundheit dringend erforderlich, dass die Kassen resp. der Kassenarzt, sobald ihnen die geschlechtliche Erkrankung eines Kassenmitgliedes bekannt wird, von dem Mitglied die strikte Einhaltung der ärztlichen Vorschriften verlangen und deren Nichtbefolgung mit Strafen belegen. Es könnte und müsste dann dem Ermessen des Arztes überlassen bleiben, wann und unter welchen Bedingungen die ambulatorische Nachbehandlung sich als unzureichend erweist und an ihre Stelle die Krankenhausbehandlung treten muss.

Bei der grossen Bedeutung, welche das Krankenkassenwesen bei uns in Deutschland jetzt für die gesammte Krankenpflege gewonnen hat — eine Bedeutung, welche für die Geschlechtskrankheiten um so grösser wird, als die jugendlichen unverheiratheten und arbeitskräftigen Personen beiderlei Geschlechts, welche diesen Erkrankungen am meisten ausgesetzt sind, fast insgesammt Krankenkassen angehören — wären solche Bestimmungen, welche einen organischen Zusammenhang zwischen dem

Krankenhaus und der Krankenkasse darstellen, von weittragender Bedeutung. Ich glaube, dass an diesem Punkte die Bestrebungen der öffentlichen Gesundheitspflege einzusetzen haben werden, und dass, wenn mit der rückhaltslosen Gewährung aller Kassenleistungen die Verpflichtung der Kranken, den ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten, zur allgemeinen Durchführung gelangt sein wird, ein grosser Theil dessen, was auf dem Gebiete der Fürsorge für die venerisch Kranken geschehen kann, erfüllt ist. Es würde dann nur noch die kleine Minderheit der Begüterten von diesen Rechten und Pflichten ausgeschlossen bleiben.

Durch Einbeziehung hygienisch besonders gefährdeter Gruppen, wie z. B. der Studenten (s. ob.) unter die Krankenversicherung würde auch hierin der socialen Gerechtigkeit ebenso wie den Anforderungen der Hygiene in gleicher Weise Genüge gethan sein — denn es würde dann nur noch ein überaus kleiner Theil der mannbaren Jugend von den Pflichten und Rechten der Kassenmitglieder ausgeschlossen bleiben — ein Theil, der aber für die öffentliche Gesundheitspflege um so weniger in Betracht kommt, da er durch die Exclusivität seiner geschlechtlichen Beziehungen im Allgemeinen auch weit geschützter gegen venerisch Erkrankte zu sein pflegt als die übrige Bevölkerung[1]).

---

[1]) Es wären noch die Officiere zu erwähnen, für welche im Falle einer venerischen Erkrankung die obligatorische Behandlung durch den zuständigen Militärarzt, erforderlichen Falles im Militärlazareth meines Erachtens keine zu weit gehende Forderung wäre.

## Fürsorge für Lepröse.

Die Fürsorge für Lepröse hat neuerdings, seitdem wir im Kreise Memel einen Lepraherd besitzen, auch für Deutschland ein actuelles Interesse erhalten. Und da es auch an vereinzelten Leprafällen an anderen Orten Deutschlands — meist von auswärtigen Lepraländern heimgekehrten Hilfesuchenden — nicht fehlt, so werden in nächster Zeit die Organe der öffentlichen Gesundheitspflege sich voraussichtlich wiederholt mit der Frage zu beschäftigen haben, welche Maassnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Krankheit und zur sachgemässen Pflege der Kranken selbst zu ergreifen seien.

Auf die rigorösen Absperrungsmaassregeln des Mittelalters zurückzugehen, liegt für uns keine Veranlassung vor. Die mittelalterlichen Leproserien mit absolutem Abschluss der Kranken von der Aussenwelt, welche den Leprösen zum bürgerlichen Tode verurtheilten, waren gegründet auf ganz vage Vorstellungen über die Contagiosität des Aussatzes. Da man die blosse Berührung, ja den Hauch der Kranken als gefährlich fürchtete, so musste man nothwendigerweise dazu gelangen, die Leprösen ganz aus der Gesellschaft zu verbannen.

Das geschah durch Errichtung der Leproserien oder, wie sie sonst noch genannt wurden: Siechenhäuser, Sondersiechenhäuser, Hospitäler, Gutleutehöfe etc. Diese Häuser wurden gewöhnlich etwas abseits von der Stadt errichtet und nach dem heil. Lazarus, Georg, Jacob oder Johannes benannt. In ärmeren Dorfgemeinden, welche derartige Häuser nicht errichten konnten, wohnten die Aussätzigen auf freiem Felde in primitiven Hütten und Zelten, die sogenannten Feldsiechen, die von erbettelten Almosen ihr kümmerliches Dasein fristeten.

Wer als Aussätziger in diesen Anstalten aufzunehmen war, darüber bestanden an den meisten Orten ganz bestimmte Vorschriften. Zumeist musste sich der Aussatzverdächtige, arm oder reich, nach der Ordnung, ob Bürger, Bürgerin oder Kind, einer öffentlichen Prüfung unterwerfen und zwar durch die in dem Siechenhaus befindlichen Aussätzigen, nach deren Ausspruche die Aufnahme oder Zurückweisung erfolgte; während der Prüfung sich auch selbst unterhalten. Wer mit dem Urtheile nicht zufrieden war, dem stand es frei, sich eine andere Entscheidung von ähnlichen Anstalten einzuholen.

An anderen Orten waren besondere Aussatzschauer, zum Theil Aerzte zur Prüfung der auf Aussatz Verdächtigen angestellt; doch kamen bei der niedrigen Stufe, auf der die damalige Medicin stand, auch bei den Aerzten sicher nicht selten Irrthümer vor.

Wurde nun der Kranke wirklich als aussätzig befunden, so wurde er aus der bürgerlichen Gemeinschaft ausgestossen und in das Aussatzhaus gebracht. Diese Ausstossung war ein sehr feierlicher Act und mit einer Reihe von kirchlichen Ceremonien verbunden, welche denselben als eine Art von Begräbniss erscheinen liessen.

Der Kranke wurde auf eine Art Bahre gelegt, mit dem Leichentuch bedeckt und von Geistlichen unter Gesang in die Kirche getragen. Dort wurde die Bahre vor der versammelten Gemeinde aufgestellt; es wurde das Todtenamt gelesen und das Requiem gesungen, wonach die Versammelten an dem Unglücklichen vorbeipassirten, ihn mit

Weihwasser besprengten und ihm eine Spende zuwarfen. Dann wurde die Bahre im feierlichen Zuge wieder unter Gesang nach dem Aussatzhaus getragen, wo der Kranke aufstand und von dem Geistlichen seine Ausrüstungsgegenstände, eine Klapper, Handschuhe und einen Korb erhielt. Dann warf dieser eine Hand voll Friedhofserde auf das Dach des Hauses und sprach: „Sei todt für die Welt, lebe wieder auf in Gott" und nun war der Unglückliche thatsächlich von der Welt, seinen Angehörigen und Freunden, von seinem Besitzthum völlig geschieden — vor dem Gesetz war er wirklich ein Todter. Es begann für ihn ein Leben in einer anderen Welt, der Welt der Aussätzigen.

Auch diese Welt hatte ihre eigenen Gesetze, ihre strengen Regeln, welche allerorten denselben Inhalt, oft auch den gleichen Wortlaut hatten. Innerhalb der Siechenhäuser war die Organisation eine strenge, aber demokratische. Die Kranken wählten zunächst selbst den Siechenmeister und die Siechenmeisterin, welchen die übrigen Insassen unbedingten Gehorsam zu leisten hatten und welche bei den in regelmässigen Abständen abgehaltenen Capiteln den Vorsitz führten. Die Beschlüsse wurden nach dem Majoritätsprinzip gefasst: „Und was der merer Tail under Inen erfindt vnd für guet achtt, das zu pössern oder zu Strafen sey, das sol gehalten werden." Ohne Erlaubniss durfte niemand ausgehen; geschlechtlicher Verkehr in und ausser dem Siechenhause war aufs strengste verboten. Zumeist waren denn auch in den Siechenhäusern getrennte Abtheilungen für beide Geschlechter, oder überhaupt gesonderte Häuser für jedes Geschlecht.

Wie es in diesen Häusern in hygienischer Beziehung aussah, davon kann man sich eine ungefähre Vorstellung machen, wenn man liest, dass z. B. in Hirschau siebenmal des Jahres die Krankensäle gekehrt und der Boden mit frischem Schilfgras belegt wurde. Auch mit der ärztlichen Behandlung und Pflege war es nicht weit her, in der Regel mussten die Kranken für sich allein sorgen. Sie besorgten denn auch zumeist die Wirthschaft im Hause und im Garten, sowie auf dem Felde, welches in der Regel zu dem Siechenhaus gehörte. Und in dieser Abgeschiedenheit verbrachten sie ihre Tage.

Auf die Strasse oder in die Stadt zu gehen, war ihnen meist erlaubt; doch mussten sie sich in der Mitte der Strasse halten und durften enge Gassen — um andere Personen nicht zu berühren — überhaupt nicht passiren. Wirthshäuser oder Gesunde zu besuchen, war aufs strengste verboten. Um sie für die andern Menschen weithin kenntlich zu machen, mussten sie eine ganz bestimmte Kleidung tragen — gewöhnlich einen schwarzen Mantel mit verschiedenen Abzeichen — in Holland z. B. mit dem Wappen der Stadt. Anderswo trugen die Aussätzigen 2 weisse wollene Hände auf der Brust und einen grossen Hut mit breitem weissen Bande. Sie waren verpflichtet, stets Handschuhe zu tragen, sowie eine Klapper, mit der sie ihre Annäherung zu erkennen gaben, und einen Stock, mit dem sie Gegenstände, die sie kaufen wollten, berühren mussten. Waffen durften sie nicht tragen, die Messer zum häuslichen Gebrauch mussten stumpfe Schneiden und keine Spitzen haben. Da man den Athem der Aussätzigen besonders fürchtete, so war ihnen verboten, mit Gesunden zu sprechen; wenn aber der Rath der Stadt oder andere gesunde Personen nothwendig mit ihnen zu thun hatten, so mussten die Gesunden allezeit unter dem Winde stehen, d. h. der Wind musste von den Gesunden auf die Kranken wehen.

Während an vielen Orten die Aussätzigen fast ausschliesslich von erbettelten Almosen lebten, war ihnen anderswo das Betteln in der Stadt aufs strengste untersagt. Für ihren Unterhalt war ausser durch das, was die Begüterten unter ihnen selbst mitgebracht, durch zahlreiche fromme Stiftungen und Schenkungen meist hinreichend gesorgt. Ja, in späterer Zeit, als die Krankheit und damit die Furcht vor

derselben wieder abnahm, kam es nicht selten vor, dass Vagabunden oder Arme, um ein erträgliches Dasein zu führen, sich als Aussätzige schminkten, um auf diese Weise in die Hospitäler zu gelangen, so wie in unseren Tagen die Aermsten der Armen oft ein Verbrechen begehen, um hinter den Mauern des Gefängnisses Obdach und Nahrung zu erhalten.

Das Loos der unglücklichen „Feldsiechen" kann aber wohl selbst für die Aermsten jener Zeit kein begehrenswerthes gewesen sein. Liest man, wie Ulrich von Lichtenstein im Jahre 1227 zu Ehren seiner „Frauen", als Aussätziger verkleidet, unter die Feldsiechen ging und mit ihnen die erbettelten Pfennige, Speise und Trank theilte, und wie ihm vor der Krankheit und dem Unflath, den er daselbst sah, grausete, so kann man sich ein Bild von dem entsetzlichen Elend machen, das dort angesammelt war. (Blaschko. Die Lepra im Kreise Memel. Berlin 1897.)

Für uns hat der Lepröse seinen geheimnissvollen Nimbus verloren; wir wissen, dass die Uebertragung nur durch den Leprabacillus geschehen kann, und dass zum Zustandekommen der Uebertragung der Bacillus lebend den kranken Organismus verlassen und auf direktem oder indirektem Wege in den gesunden Organismus eindringen muss. Daraus geht schon eins hervor, nämlich, dass die nicht tuberöse, die sogenannte anaesthetische Lepra in weitaus der Mehrzahl der Fälle nicht als Quelle der Infection in Betracht kommt. Es kommt ja, wie schon oben erwähnt, vor, dass auch bei diesen Kranken sich in der Haut mit Bacillen angefüllte Leprome entwickeln, und es kommt vor, dass das Sekret ihrer Nasenschleimhaut, namentlich in vorgerückten Stadien, Bacillen enthält, welche dem Sekret zerfallener Schleimhautleprome entstammen; aber die meisten änaesthetisch Leprösen tragen ihre Bacillen — die noch dazu sehr spärlich sind — wohlverwahrt in ihren Nervenscheiden, der Eiter ihrer Phlegmonen und Ulcerationen ist bacillenfrei, und die Kranken sind in Folge dessen für ihre Umgebung relativ harmlos. Eine anaesthetisch Lepröser wird denn auch wohl selten Ausgangspunkt neuer Fälle.

Für die Prophylaxe kommen also in erster Linie die tuberös Leprösen in Betracht. Contagiös ist an ihnen das bacillenhaltige Sekret zerfallener Haut- und Schleimhautleprome, vielleicht zeitweise der Auswurf, und möglicherweise, wenn auch nicht wahrscheinlich, der Schweiss.

Daraus ergeben sich nun als Regel für die individuelle Prophylaxe: Aeusserste Reinlichkeit der Patienten, aseptischer Abschluss jeglicher Wunden und Verhütung des Auftretens neuer Wunden. Letzteres ist um so leichter zu erreichen, als, wie wir gesehen haben, die Leprome meist nicht spontan zerfallen. Wenn Campana neuerdings (Verhdlg. des 3ten internationalen Dermatologen-Congresses, London 1896) als rationellste Prophylaxe der Lepra die Excision resp. die Thermokaustik jedes neu auftretenden Knotens empfiehlt, so setzt er sich in strikten Widersatz mit unserem Bestreben, das Leprom mit seinen Bacillen durch eine unversehrte Hautdecke von der Aussenwelt abzuschliessen. Denn wenn auch erfahrungsgemäss bei Leprösen Wunden sehr gut heilen, so hat

man doch den Wundverlauf nie vollkommen in der Hand, und es ist meines Erachtens nicht zu rechtfertigen, dass man muthwillig eine Wunde setzt und den Bacillen den Weg an die Aussenwelt eröffnet.

Es ist klar, dass sich ein konsequentes aseptisches Verfahren in der Behausung selbst nur bei den zumeist besser situirten, aus dem Ausland eingewanderten Leprösen durchführen lässt; aber auch hier wird es Aufgabe der Organe öffentlicher Gesundheitspflege sein, darauf zu achten, dass die Massregeln, welche eine Propagation der Lepra verhüten, aufs strikteste durchgeführt werden. Da das veraltete preussische Regulativ von 1835 die Lepra nicht ausdrücklich erwähnt, ausserdem für das übrige Deutschland nicht ausreicht, so habe ich ein (hier zum Schluss abgedrucktes) Lepragesetz für das Deutsche Reich empfohlen, dessen Bedingungen so gefasst sind, dass sie sowohl auf ein epidemisches Auftreten der Lepra wie in Memel, als auch auf sporadische Fälle anwendbar sind. Inzwischen ist in Preussen und Hamburg die Anzeigepflicht für Lepra eingeführt worden. In einem gegebenen Falle ferner ist seitens des preussischen Ministeriums der geistlichen Angelegenheiten einem leprakranken Ehepaar in Charlottenburg eine Verfügung zugegangen, welche folgende Verpflichtungen auferlegt: 1. Gesonderte Schlafräume, Betten, Wäsche, Ess- und Trinkgeschirre sind zu benutzen. 2. Die Mitbenutzung derselben durch Gesinde wird verboten. 3. Die benutzten Ess- und Trinkgeschirre dürfen nicht mit den von den Gesinden gebrauchten Stücken zusammen gereinigt werden. 4. Alle vorgenannten Gegenstände müssen dauernd in kurzen Zwischenräumen — etwa alle vierzehn Tage — einer Desinfection durch die hiesige städtische Desinfectionsanstalt unterworfen werden. 5. Nach jedesmaliger Desinfection ist die von der Desinfectionsanstalt darüber ausgestellte Bescheinigung hierher einzureichen. Welche einzelne Gegenstände zur Desinfection gelangt sind, muss aus der Bescheinigung ersichtlich sein. 6. Die Benutzung öffentlicher Bade-Anstalten wird ganz besonders untersagt. Für den Fall der Verletzung der Vorschriften wird dem Ehepaare die Ausweisung aus Charlottenburg und dem preussischen Staatsgebiet angedroht.

An den vorstehenden Bestimmungen ist besonders anerkennenswerth der Schutz des Gesindes; meines Erachtens müssten sogar Dienstboten, welche bei Leprösen in Dienst zu treten beabsichtigen, auf die Gefahr, der sie sich aussetzen, und die Vorsicht, die sie zu beobachten haben, aufmerksam gemacht werden. Auf der andern Seite erscheint mir eine in Zwischenräumen von 14 Tagen zu wiederholende Desinfection der Schlafräume, Betten etc. eine zu weitgehende Forderung, welche in praxi kaum durchführbar ist und die nur den Erfolg haben kann, die Leprösen „fortzuekeln“. Eine halbjährliche Desinfection würde, wie ich glaube, völlig ausreichend sein.

Ganz anders liegen die Dinge, wo, wie z. B. in Memel, die Lepra endemisch gehäuft auftritt. Hier handelt es sich um eine Bevölkerung, die in Folge ihrer Lebensgewohnheiten, ihrer niedrigen Bildungsstufe und

vor allem in Folge ihrer Dürftigkeit gar nicht im Stande ist, derartige Vorsichtsmassregeln selbst zu treffen. Hier ist es nicht zu umgehen, dass man die Kranken aus ihren Familien wegnimmt und in einer geeigneten Anstalt unterbringt.

Für den Kreis Memel hat bekanntlich die preussische Regierung nunmehr an einer sehr geeigneten Stelle — in der bei der Stadt Memel gelegenen Plantage — den Bau einer Lepra-Colonie in Angriff genommen. Als Muster gelten die Leprosorien in den russischen Ostseeprovinzen, welche im Laufe der letzten Jahrzehnte in Folge der stetig anwachsenden Zahl von Leprösen daselbst eines nach dem andern errichtet werden mussten. Um einen Begriff von der Einrichtung eines solchen Leprosoriums zu geben, folgt hier eine Beschreibung der Lepracolonie Krutija Rutschj im Gouvernement St. Petersburg nach der Darstellung der von der preussischen Regierung zum Studium der russischen Lepra entsandten Commission:

Die Anstalt ist eine Lepracolonie, d. h. in ihr sind die Kranken nicht in einem krankenhaus- oder asylartigen Gebäude, sondern in mehreren kleinen Blockhäusern untergebracht, welche ihnen ein behagliches und mehr familienhaftes Heim gewähren. Diese Einzelhäuser, von denen zwei fertig gestellt sind und drei weitere noch errichtet werden sollen, sind einstöckig aus Balken mit Bretterverschalung errichtet und enthalten je ein Zimmer, eine Kammer, eine Küche, ein Closet und einen Besenraum. Jedes dieser Häuser, zu denen eine kleine Treppe emporführt, ist von einem Zaun umfriedigt und von einem Gärtchen, welches seine Bewohner bestellen sollen, umgeben. Der Preis eines Häuschens beläuft sich auf 300 Rbl. = 651 M., wobei jedoch der Grund und Boden, sowie die Balken, welche kostenfrei geliefert sind, nicht eingerechnet sind. Ferner ist vorhanden eine einstöckige Krankenbaracke, welche in zwei gleiche Hälften, bestehend aus Flur, Krankensaal und Baderaum mit Closet, getheilt ist. Bei Zugrundelegung eines Luftraumes von 37 cbm pro Kopf würden 12 Kranke in dem Hause Unterkunft finden können. Wir fanden in dem einen Saale 10 Männer, in dem anderen 8 Frauen, doch wird sich nach Fertigstellung der noch in Aussicht genommenen 3 Einzelhäuser die Belegung der Säle entsprechend verringern lassen. An Wirthschaftsgebäuden sind vorhanden: 1) ein Küchengebäude mit Speisesaal, 2) eine Waschküche mit Dampfbad für das Dienstpersonal und Desinfectionskammer, 3) ein Stallgebäude, enthaltend 2 Zimmer für Knechte und Mägde, eine Wagenremise, einen Kuh- und einen Pferdestall. Neben dem Krankenhaus liegt ein einstöckiges Apothekengebäude, in welchem sich ein grösserer Saal und 2 Eckzimmer befinden; ersterer dient zur Aufstellung der Hausapotheke und zur Ausführung der erforderlichen Verbände und Operationen, die Zimmer sind zur Aufnahme eines Wärters und einer Wärterin bestimmt. Ferner sind vorhanden: ein sehr wohnlich eingerichtetes Arzthaus, bei dem sich auch ein Stall mit Wagenremise befindet und das eine besondere Einfriedigung hat, und eine griechisch-katholische Capelle mit Todtenkammer.

An Inventar erhalten sie eiserne Bettstellen mit Strohsack, Laken, Kopfpolster, wollene Decken mit Ueberzug, hölzerne Schemel und Schränkchen. Die Ausstattung der Räume machte einen sauberen und behaglichen Eindruck; die Fenster in sämmtlichen Räumen sind doppelt, die Heizung geschieht mit Holz in mächtigen Kachelöfen; das Trinkwasser wird zweckmässig gebauten Pumpbrunnen entnommen. Die Closets in der Krankenbaracke werden mit Wasser gespült, welches

zu diesem Zweck in einen oberhalb des Baderaums befindlichen Behälter gepumpt wird. Der in der Anstalt vorhandene Dampf-Desinfectionsapparat ist so aufgestellt, dass der Einladeraum von dem Entladeraum durch eine quer über den Apparat hinweggehende Wand getrennt ist. Die Einzelhäuser der Colonie sind durch geräumige Höfe voneinander getrennt, und es sind genügende Plätze vorhanden, welche zur Bestellung mit Blumen, Gemüse und dergl. geeignet sind. Die ganze rings von Wald umgebene Anstalt ist nicht besonders eingefriedigt, so dass die Kranken sich frei im Walde ergehen können. Sie können dies auch unbedenklich thun, da die nächste Ortschaft meilenweit entfernt ist.

Die Verpflegung der Kranken in der Lepracolonie ist eine reichliche und vortreffliche. Die Kranken erhalten ausser dem nothwendigen Gemüse täglich pro Kopf 1 Pfd. Fleisch, die Männer ausserdem monatlich $^1/_4$ Pfd. Thee und 1 Pfd. Tabak, die Frauen $^1/_2$ Pfd. Kaffee und $^1/_4$ Pfd. Cichorien. Die Mundverpflegung kostet pro Kopf und Tag 38 K. = 82 Pf., die Arzneiverpflegung 2 K. = 4 Pf.

Neben diesen Colonien, in denen die Kranken ein etwas behaglicheres Dasein führen können, existiren nun in Russland ebenso wie in Norwegen, auf Madeira, Honolulu und anderen Lepraländern geschlossene krankenhausartige Leproserien, die mir jedoch nicht ganz so zweckmässig zu sein scheinen.

Man muss eben, wie ich das schon auf der Lepra-Conferenz anführte, immer im Auge halten, dass man das doppelte Unglück, welches den Leprösen in seiner unheilbaren Krankheit und in seiner dauernden Isolirung, in dem Herausreissen aus dem Beruf und der Familie getroffen hat, durch eine möglichst freundliche Gestaltung seiner äusseren Daseinsbedingungen einigermassen ausgleichen muss.

Darum muss man den Kranken nicht nur die Möglichkeit zu ausreichender Bethätigung in einer ihnen angenehmen Thätigkeit geben, sondern man darf auch die Isolirung nicht über das erforderliche Maass ausdehnen; man muss durch Zulassung von Besuchern und — in geeigneten Fällen — durch Gewährung von Urlaub dem Leprösen die Beziehungen zu seiner Familie zu erhalten suchen und namentlich ihm die Verfügungsfreiheit über sein Vermögen belassen.

Ob man die Leprösen zwangsweise in die Anstalten unterbringen soll oder ob man sich damit begnügen soll — wie dies z. B. in Norwegen geschieht — von dem Kranken zu Hause so strenge Isolirungsmassregeln zu fordern, dass er von selbst in die Anstalt geht, und dass man diesen Entschluss verstärkt dadurch, dass man den Angehörigen des Leprösen die Gefahren, die ihnen von Seiten des Kranken drohen, eindringlichst vor Augen führt — darüber sind die Ansichten noch getheilt. In der Praxis würde es fast auf dasselbe hinauskommen. Das norwegische System, welches Hansen sehr empfiehlt, entspricht den demokratischen Einrichtungen und Sitten jenes Landes besser als der — jedenfalls sicherer wirkende und von hygienischen Gesichtspunkten auch wohl zu vertheidigende — Zwang. Aber ein solcher Zwang könnte meines Erachtens nur auf Grund eines Gesetzes, wie ich es (im Anhang) vorgeschlagen habe, ausgeübt werden.

Wo aber diese Unterbringung zwangsweise geschieht, ist es ohne

Zweifel auch Aufgabe des Staates, für die Angehörigen der Leprösen — soweit sie in dem Kranken ihren Ernährer verlieren — ausreichend Sorge zu tragen. Diese Pflicht ist eine so selbstverständliche, dass man darüber eigentlich keine Worte verlieren sollte. Dieselbe auf Wohlthätigkeitsvereine, sogenannte Leprageselllschaften abzuwälzen, wie das von anderer Seite vorgeschlagen ist, wäre eines grossen Staates unwürdig — zumal bei der geringen Zahl von unterstützungsbedürftigen Personen. Ich bin auch überzeugt, dass sich diese Anschauung bald Bahn brechen wird.

## Anhang.

### Vorschläge für ein „Lepragesetz“ für Deutschland.

#### Anzeigepflicht.

§ 1. Jede Erkrankung und jeder Todesfall an Lepra, sowie jeder Fall, welcher den Verdacht der Lepra erweckt, ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständigen Ortspolizeibehörde unverzüglich anzuzeigen.

§ 2. Zur Anzeige ist verpflichtet

1. der behandelnde Arzt,
2. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person,
3. der Haushaltungsvorstand.

#### Ermittelung der Krankheit.

§ 3. Die Ortspolizeibehörde muss, sobald sie von dem Vorhandensein oder dem Verdacht des Auftretens der Lepra Kenntniss erhält, den zuständigen beamteten Arzt benachrichtigen.

Dieser hat alsdann unverzüglich an Ort und Stelle Ermittelungen anzustellen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob das Vorhandensein der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Vorhandenseins begründet ist.

Nach der ersten Feststellung der Krankheit sind von dem beamteten Arzte im Einverständniss mit der unteren Verwaltungsbehörde Ermittelungen über einzelne Krankheitsfälle insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen.

§ 4. Dem beamteten Arzt ist der Zutritt zu dem Kranken und die Vornahme der zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten.

§ 5. Lautet das Gutachten des beamteten Arztes dahin, dass das Vorhandensein der Lepra festgestellt oder der Verdacht auf Lepra begründet ist, so hat die Ortspolizeibehörde unverzüglich die erforderlichen Schutzmaassregeln zu treffen.

#### Schutzmaassregeln.

Zur Verhütung der Verbreitung der Lepra können folgende Maassregeln angeordnet werden.

§ 6. Kranke und verdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen, auch zu diesem Zwecke, sofern sie obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufsmässig oder gewohnheitsmässig umherziehen, in der Wahl ihres Aufenthaltes oder der Arbeitsstätte beschränkt werden.

§ 7. Die Absonderung Lepröser oder der Lepra Verdächtiger kann angeordnet

werden. Der Vorstand der Haushaltung ist verpflichtet, auf Erfordern Einrichtungen zu treffen, welche verhindern, dass der Kranke oder Verdächtige, seine Kleidung und Wäsche, Wasch- Ess- und Trinkgeschirr mit anderen als den zu seiner Behandlung und Pflege bestimmten Personen in Berührung kommt.

Ist die Absonderung in dieser Weise nicht durchführbar, so kann die Ueberführung des Kranken oder Verdächtigen in ein Krankenhaus, in ein Leprosorium oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden[1]).

§ 8. Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, dass sie mit dem Krankheitsstoff behaftet sind, kann eine Desinfection angeordnet werden.

Ist die Desinfection nicht ausführbar oder im Verhältniss zum Werthe der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden.

(§§. Hier würden noch Entschädigungs- und Strafbestimmungen folgen müssen.)

---

[1]) Anmerkung. In dem Entwurf zum Reichsseuchengesetz ist diese Ueberführung von dem Gutachten des beamteten Arztes abhängig gemacht. Bei der grossen Tragweite, welche die dauernde Ueberführung eines Kranken in ein Leprosorium für diesen besitzt, dürfte dieselbe wohl nur von einem Collegium, in welchem ausser dem beamteten Arzt vielleicht noch ein zweiter Arzt und ein Verwaltungsbeamter sitzen, verhängt werden. Auch müsste dem Kranken oder Verdächtigen die Anrufung einer zweiten Instanz, etwa des Provinzialmedicinalcollegiums, offen gehalten werden. — Diese Dinge könnten dann — ebenso wie die Einrichtung der Leprosorien etc. — später zu erlassenden Ausführungsbestimmungen überlassen bleiben.

# 4. Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Geisteskranke.

Von

Dr. **Lewald,**

leitendem Arzte der Privat-Heil-Anstalt für Nerven- und Gemüthskranke Kowanówko bei Obornik (Posen).

(Mit 1 Plan.)

---

Die Behandlung aller Krankheiten ist abhängig von ihrer Erkenntniss, stets muss der zweckentsprechenden Therapie die richtige Diagnose vorausgehen. Dies zeigt sich in keinem Zweige der medicinischen Specialfächer vielleicht so deutlich, wie bei den Geisteskrankheiten. Weil die Erkenntniss derselben sich im Lauf der Jahrhunderte erst langsam Bahn brach, ist eine geregelte Behandlung heilbarer und eine zweckentsprechende Pflege unheilbarer Geisteskranker eine verhältnissmässig recht späte Errungenschaft der Civilisation.

## Geschichte.

Wenn wir auch mit Kirchhoff (Grundriss der Geschichte der deutschen Irrenpflege. Berlin 1890) der Ansicht sind, die historische Entwickelung der Pflege der Geisteskranken sei besonders dadurch lehrreich, dass sie ein ganz eigenthümliches Licht auf die Kulturgeschichte der Menschheit wirft, da in den Krankheiten des Geistes die Leidenschaften und die Anschauungen eines Zeitalters auf das deutlichste hervortreten, so müssen wir uns doch an dieser Stelle aus nahe liegenden Gründen ein näheres Eingehen auf dies interessante Gebiet versagen. Kurz sei nur folgendes hervorgehoben:

Geistesstörung ist Krankheit: so selbstverständlich uns jetzt dieser Satz erscheint, so hat es doch lange Zeiten gegeben, in denen man die Geistesstörung als eine Folge der Einflüsse böser Geister, als Besessensein betrachtete. Freilich, der Begründer der Psychiatrie, Hippokrates (460—370 vor Christus) erkannte schon, dass im Gehirn „Raserei und Wahnsinn nebst ihren allgemeinen Symptomen, den bösen Träumen, den falschen Vorstellungen, den unbegründeten Sorgen, der Verkennung der umgebenden Verhältnisse“ entstehn und so nähert sich dieser Vater der

Heilkunde unsern jetzigen Anschauungen in einer Weise, die es schwer begreifen lässt, wie mühsam und allmälig sich diese Ueberzeugung, die im Mittelalter ganz verloren war, in der Neuzeit wieder Bahn brechen musste (Peretti, Ueber die frühere und jetzige Behandlung der Geisteskranken. Düsseldorf 1895). Erst im achtzehnten Jahrhundert gelangte die Anschauung wieder zur Anerkennung, dass Geisteskranke Kranke sind, deren Heilung versucht werden müsse. Es dauerte jedoch sehr lange, bis die Förderung einer humanen Irrenpflege wirklich zur Ausführung kam. Pinel in Paris war derjenige, der am nachdrücklichsten weitere Kreise darauf hinwies, dass es Unrecht sei, Kranke wie wilde Thiere und wie Verbrecher an Ketten zu legen; der ganze Ruhm für die Wendung, welche im letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts in der Behandlung der Geisteskranken eingetreten ist, wird deshalb gewöhnlich Pinel zugetheilt. Richtiger glauben wir wohl mit Laehr (Die Psychiatrie im achtzehnten Jahrhundert. Berlin 1895), dass nicht eine Nation oder eine einzelne Persönlichkeit den traurigen Zustand der früheren Jahrhunderte umgestaltet hat, sondern dass die Kultur im Allgemeinen fortgeschritten war und sich in allen civilisirten Nationen Männer fanden, welche eine humanere Behandlung der Geisteskranken anstrebten, allerdings nur vereinzelt und zumeist an die Persönlichkeit gebunden. Die Anschauung, dass man die Geisteskranken nicht einfach, wie es im Mittelalter geschehen war, unschädlich machen dürfe, sondern dass man ihnen helfen und ihre Heilung versuchen müsse, brach sich rasch Bahn. Trotzdem blieb das Schicksal der Geisteskranken noch lange Zeit recht traurig: Durch die lange Gewohnheit, die Geistesstörungen nur unter dem Gesichtspunkte der Gemeingefährlichkeit zu betrachten, überschätzte man allgemein die Gefährlichkeit der Kranken und wagte nicht, ihnen grosse Freiheit zu lassen. Ebenso bedenklich war eine moralisirende Richtung der Psychiatrie, die besonders in Deutschland auftrat, mit der Neigung, die Geisteskrankheiten als eine Folge der Sünde anzusehen und dementsprechend zu behandeln.

Von der falschen Ansicht, die Unruhe der Geisteskranken durch äussere Beschränkungsmittel günstig beeinflussen zu wollen, kam man erst um die Mitte unseres Jahrhunderts zurück. Besonders Conolly zeigte, dass man sehr wohl ohne alle Zwangsmittel, ohne Strafen und ohne Einschüchterung Geisteskranke behandeln kann, und dass die Ergebnisse dieser milden Behandlung bedeutend günstiger sind, als die der früher gebräuchlichen. In Deutschland war Ludwig Meyer in Hamburg (jetzt Professor in Göttingen) der erste, der dieses „norestraint System“ zur strengen Durchführung brachte, das jetzt bei civilisirten Völkern in der Behandlung von Geisteskranken wohl überall herrscht (Snell, Zur Geschichte der Irrenpflege. Hildesheim 1896).

Unter den Folgen, welche die Abschaffung von Zwangsmitteln in den Irrenanstalten hatte, war eine der segensreichsten die Beobachtung, dass die Gefährlichkeit der Geisteskranken nicht entfernt so gross war, als man früher angenommen hatte. Man fing an, sich um die Kranken,

die man früher einfach gebunden ihrem Schicksale überlassen hatte, mehr zu kümmern, und da zeigte sich denn recht bald, dass die meisten chronischen Kranken recht wohl nützlich beschäftigt werden können, wenn sie richtig angeleitet werden. Besonders glücklich waren die Versuche, einen Theil der chronischen Kranken mit Landwirthschaft zu beschäftigen. Nachdem 1832 die Irrenanstalt Bicètre in Paris und 1847 die Gebrüder Labitte zu Clermont vorangegangen waren, wurde 1864 in Anlehnung an die Irrenanstalt zu Hildesheim (Snell, Grundzüge der Irrenpflege. Berlin 1897) die Ackerbau-Colonie Einum von 40 Kranken bezogen. Nach einigen Kinderkrankheiten, die die Colonie zu überstehen hatte, bewährt sie sich seit 1869 sehr gut und liefert seitdem nicht unerhebliche Ueberschüsse. Die Verwendung der arbeitsfähigen Geisteskranken zur Beschäftigung mit Landwirthschaft hat sich seither so bewährt, dass die Mehrzahl der Anstalten, welche jetzt gebaut werden, von vornherein in ihrer ganzen Anlage darauf Rücksicht nehmen, in möglichst weitgehendem Maasse ländliche Arbeiten zur Beschäftigung der Kranken zu verwenden. Während durch die Pflege der Arbeit im Allgemeinen und der Landarbeit im Besonderen die Behandlung der chronisch Kranken in neue Bahnen gelenkt worden ist, hat in den letzten Jahren auch die Behandlung der frisch psychisch Erkrankten durch die systematische Ausbildung der Wachabtheilungen und die ausgedehnte Anwendung der Bettruhe eine wesentliche Verbesserung erfahren.

In erster Linie aber erhält, wie Snell (l. c. pag. 17) mit Recht hervorhebt, die heutige Irrenpflege in kultivirten Ländern ihr Gepräge durch das Streben, den Kranken ein möglichst grosses Maass von Freiheit zu gewähren, soweit es mit ihrem Zustand irgend vereinbar ist. Die moderne Anstalt sucht alles abzuschütteln, was an die Zeiten erinnert, in denen Gefängniss und Irrenanstalt identische Begriffe waren; sie sucht durch individualisirende Behandlung und sorgfältige Pflege dem Kranken eine möglichst grosse Aussicht auf Heilung zu gewähren, und sie verschafft denen, die nicht heilbar sind, durch passende Beschäftigung, die mit angenehmer Zerstreuung abwechselt, ein menschenwürdiges Dasein und in vielen Fällen ein zufriedenes, nicht zweckloses Leben.

## Wie hat man sich Geisteskranken gegenüber zu verhalten?

Denken wir uns nach diesem kurzen historischen Rückblick, der zur Würdigung des bisher auf unserem Specialgebiete Erreichten unumgänglich nöthig war, den konkreten Fall, dass der praktische Arzt zu einem Kranken gerufen wird, der Symptome darbietet, welche auf das Bestehen einer Psychose schliessen lassen. Ob das betreffende Individuum wirklich geisteskrank ist und an welcher Form von Geisteskrankheit es leidet, muss den Arzt sein diagnostisches Wissen lehren und eine Erörterung darüber fällt aus dem Rahmen vorliegender Betrachtung heraus. Nehmen wir an, es handelt sich wirklich um einen Geisteskranken, so entsteht sofort die Frage: Wie hat sich der Arzt und wie haben sich

die Angehörigen dem Kranken gegenüber zu benehmen und zu verhalten? Eine kurze Besprechung dieser Frage erscheint nothwendig, denn der Mehrzahl der praktischen Aerzte ist die Psychiatrie ein ungewohntes und daher unangenehmes Gebiet, und doch erwartet der Laie von ihnen Rath und Aufklärung, was mit dem Kranken anzufangen sei, wie man dem Patienten begegnen solle, wie man psychische Krankenpflege mit ihm treiben solle, da ja bis zur Aufnahme in eine Anstalt (wenn, wie meist, eine solche erforderlich ist) selbst im günstigsten Falle einige Tage vergehen. Zunächst ist hier mit allem Nachdruck zu betonen, dass jede Geisteskrankheit — wie es ja schon im Ausdruck selbst liegt — eben eine Krankheit ist und nicht etwa als ein Besessensein durch einen Dämon oder dergl. anzusehen ist. Diese Bemerkung erscheint vielleicht überflüssig, ist es aber in Wirklichkeit nicht, wie Ereignisse der letzten Jahre und verschiedene Vorträge von Geistlichen beweisen (vergl. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 50). Stets soll man sich jedem Geisteskranken gegenüber der strengsten Wahrheitsliebe befleissigen, ihm ruhig eröffnen, dass man ihn für krank hält und in jeder Beziehung ihm gegenüber ebenso ehrlich und aufrichtig sein, wie körperlich Kranken gegenüber. Dass man einem beginnenden Paralytiker seine traurige Zukunft nicht direkt ins Gesicht sagt, ist ebenso selbstverständlich, wie die Rücksicht, die man gegen einen an Carcinom Leidenden nimmt, indem man ihm die Wahrheit ganz oder theilweise verbirgt. Wahnideen, die ein Kranker äussert, sind ein Produkt seiner Krankheit und als solche zu betrachten; verwerflich ist es, auf sie einzugehen und dem Kranken, der sie entwickelt, beizustimmen; ebenso falsch ist es aber, sie mit dem Kranken zu diskutiren oder zu versuchen, durch „Vernunftgründe“ seine krankhaften Ansichten und Anschauungen zu widerlegen; letzteres Verfahren ist um so bedenklicher, als es in manchen Fällen den Kranken veranlasst, seine Wahnideen zu dissimuliren und ihn fast in allen Fällen aufregt. Früher hat man geglaubt — und Laien erzählen noch heute davon Wunderdinge —, dass man dem Kranken nützen könne, wenn man eine krankhafte Ansicht ihm zugebe, z. B. die hypochondrische Wahnidee, er habe ein Thier im Körper und dann durch eine Scheinoperation ihn zu dem Glauben bringe, das Thier sei nunmehr entfernt; derartige Versuche können schon aus theoretischen Erwägungen, die durch die praktischen Erfahrungen älterer Psychiater (Literatur bei Snell. l. c. pag. 20) durchaus bestätigt worden sind, keinen Nutzen bringen, schädigen dagegen den Patienten sehr häufig. Am besten wird der Arzt stets thun, wenn er jede Diskussion der Wahnideen ablehnt und dem Kranken etwa sagt: Ich glaube Ihnen gern, dass Sie von der Wahrheit dessen, was Sie mir sagen, fest überzeugt sind; ich dagegen muss die von Ihnen geäusserte Ansicht als krankhaft bezeichnen; sprechen wir nicht darüber und überlassen der Zukunft, zu entscheiden, wer Recht hat! — Ueberflüssig erscheint fast, hervorzuheben, dass alle Worte und alle Handlungen eines Geisteskranken aus seiner Krankheit fliessen und dass deshalb eine sittliche Entrüstung darüber durchaus ungerechtfertigt

ist, eine Anschauung, der ja auch die Gesetzgebungen aller cultivirten Nationen Ausdruck gegeben haben; so z. B. lautet § 51 des Deutschen Strafgesetzbuches: Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. — Man behandele also jeden Kranken ruhig und freundlich, lasse es im gegebenen Augenblicke an der mit der nöthigen Freundlichkeit gepaarten Entschiedenheit nicht fehlen, und man wird mit der Mehrzahl der Geisteskranken gut auskommen. Nicht genug zu beherzigende Worte über das Capitel der psychischen Behandlung geistig Gesunder, die sich mutatis mutandis auch auf Geisteskranke übertragen lassen, sagt Loewenfeld in einem trefflichen Buche (Lehrbuch der gesammten Psychotherapie. Wiesbaden 1897), auf das an dieser Stelle besonders aufmerksam gemacht sei; desgleichen ist das Buch von Hecker (Anleitung für Angehörige von Gemüthskranken. 1879) zu empfehlen.

### Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung oder Möglichkeit, den Kranken in der eigenen Familie zu behandeln.

Steht die Diagnose einer Psychose und ihrer Form fest, so ist die erste Frage, die dem behandelnden Arzte zu entscheiden obliegt, die, ob der Kranke in seiner Familie behandelt werden kann oder ob es im Interesse der Behandlung liegt, ihn einer Irrenanstalt anzuvertrauen. Ueber diesen Punkt hat Ziehen (Psychiatrie. Berlin 1894) eine Reihe allgemeiner Gesichtspunkte aufgestellt, die wir im Folgenden wiedergeben: Bei heilbaren Geistesstörungen ist im allgemeinen stets die Ueberführung in eine Anstalt anzurathen. Zur Heilung eines Geisteskranken bedarf es einer so stetigen sachverständigen Ueberwachung des ganzen Lebens und oft eines so raschen Eingreifens von Seiten des Arztes und Pflegers, dass, abgesehen von seltenen Ausnahmefällen, die Pflege in der Familie und die Behandlung durch einen entfernt wohnenden Arzt nicht oder erst in viel längerer Zeit Heilung zu erzielen vermag. Die tägliche Erfahrung des Irrenarztes lehrt, dass das Heimweh, welches die Familie des Kranken häufig als Argument gegen die Ueberführung in eine Anstalt geltend macht, der Heilung in der übergrossen Mehrzahl der Fälle nicht hinderlich ist; im Gegentheil halten wir mit Ziehen (l. c.) die Trennung von der Familie oft für die Heilung geradezu vortheilhaft oder unerlässlich: „der Melancholische ist doppelt traurig, wenn er seine Angehörigen unter seiner Verstimmung mit leiden sieht, und erst recht doppelt traurig, wenn seine Angehörigen heiter zu sein versuchen oder wirklich sind. Weder der Maniakalische noch der Melancholische beherrscht sich seinen Angehörigen gegenüber in der Aeusserung seiner Affecte; in der Anstalt, fremden Personen gegenüber, lernt er eher sich zu beherrschen und zu fügen. Die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen des Paranoikers finden in den häuslichen Verhält-

nissen den fruchtbarsten Boden für allerhand Anknüpfungen. In der Anstalt fallen diese persönlichen Beziehungen weg, die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen finden daher weniger Anknüpfungspunkte und, wenn sie an die fremden Verhältnisse doch schliesslich anknüpfen, so erregen sie im ganzen den Kranken doch etwas weniger, weil eben seine eigenen Verwandten wenigstens dem System der vermeintlichen Verfolgungen öfter fern bleiben" (Ziehen. l. c. pag. 255). Nur in den seltensten Fällen, wo ausnahmsweise günstige Verhältnisse gestatten, im Hause des Kranken eine ausreichende Trennung von den Angehörigen durchzuführen und alle Schutzmaassregeln gegen Selbstmord und schädliche Handlungen des Kranken, wie sie die Anstalt darbietet, anzuwenden, wo insbesondere ein sachverständiger Arzt stets nahe zur Hand ist und geschulte Pfleger zur Verfügung stehen, kann man gelegentlich von der Ueberführung in eine Anstalt absehen.

Bei unheilbaren Geisteskranken ist die Aufnahme in die Anstalt nothwendig, wenn Selbstmordverdächtigkeit und Pflegebedürftigkeit vorliegt, ferner bei Gemeingefährlichkeit; dieser letztere Begriff ist ein überaus unglückseliger, doch ist der Arzt genöthigt, im Hinblick auf polizeiliche Maassnahmen, mit ihm zu rechnen. Wir verstehen mit Ziehen (l. c.) unter gemeingefährlichen Kranken nicht nur solche, welche ihrer Umgebung durch Handgreiflichkeiten gefährlich werden, sondern auch solche, welche durch Lärmen und dergl. störend oder durch Schimpfen u. s. w. in Wort und Schrift lästig und bedrohlich werden und endlich auch solche, welche durch unsinnige Verschwendung ihr Vermögen zu vergeuden drohen. Nur in den seltesten Fällen und bei sehr günstigen äusseren Verhältnissen kann ein gemeingefährlicher oder selbstmordverdächtiger Kranker in seiner Häuslichkeit genügend überwacht werden. Oft kommt es vor, dass gemeingefährliche Handlungen und Selbstmordversuche oder drohende und selbstmordverdächtige Ausserungen noch nicht aufgetreten sind: der Kranke weiss seine krankhaften Impulse eben noch zu beherrschen, aber eine zufällige Constellation, eine leichte Zunahme der Krankheitssymptome kann genügen, eine jähe Gewaltthat des Kranken gegen sich oder gegen andere zu zeitigen. Als Regel ist fest zu halten, dass jeder Kranke mit Hallucinationen oder Angstaffecten gemeingefährlich oder selbstmordverdächtig ist: hallucinirende und angstvolle Kranke sind unberechenbar und daher im allgemeinen stets der Anstalt zuzuweisen. Kranke mit fixirten Wahnvorstellungen (Paranoia chronica) dagegen können dann oft ausserhalb der Anstalt gelassen werden, wenn eine Neubildung von Wahnvorstellungen nicht mehr stattfindet und die vorhandenen Wahnvorstellungen ihrem ganzen Inhalte nach nicht zu gemeingefährlichen Handlungen oder zu Selbstmord neigen, oder wenn die Wahnvorstellungen in Folge langen Bestehens der Krankheit ihren Einfluss auf das Handeln verloren haben.

Für die grosse Mehrzahl aller Fälle von Psychosen ist die Aufnahme in eine Irrenanstalt die am dringendsten indicirte Maassregel, die vor allem zum Schutze des Kranken selbst dient. (Griesinger, Pathologie

und Therapie der psychischen Krankheiten. Braunschweig 1876). Denn nirgends in den gewöhnlichen Lebensverhältnissen ist dieser vor Zudringlichkeit, vor einer, auch beim besten Willen, meist unzweckmässigen Einwirkung seiner Umgebung geschützt, nirgends findet er jene Schonung, die aus einer klaren Einsicht in seinen Zustand hervorgeht. Nur in der Anstalt findet der Kranke, der vorläufig nicht mehr in die Welt der Gesunden passt, alles beisammen, was sein Leiden erfordert, einen mit der Behandlung solcher Zustände genau vertrauten Arzt, geübte Wärter, eine ganze Umgebung, welche konsequent und den Umständen gemäss zu handeln weiss, ein Asyl, wo sein krankes Thun und Treiben vor zudringlichen Augen geschützt ist, wo ihm die nöthige Ueberwachung geräuschlos zu Theil wird, wo ihm aber gewöhnlich auch ein weit höheres Maass von Freiheit, als unter allen andern Umständen gegeben werden kann.

Die Ueberweisung eines heilbaren Geisteskranken in eine Irrenanstalt kann nicht früh genug geschehen: es ist bekannt und in zahlreichen Anstaltsberichten ausgefürt (eine Sammlung derselben in der von Brosius herausgegebenen Zeitschrift: Der Irrenfreund, Jahrgang 1889), von welch grossem Einfluss die baldige Aufnahme eines Geisteskranken auf die Prognose seines Leidens ist; es ist nachgewiesen, dass die Zahl der Heilungen viel grösser bei den Kranken ist, bei denen die Psychose kurz vor der Aufnahme in die Anstalt eingetreten ist, als bei älteren Fällen. Dies lehrt aufs Schlagendste eine Tabelle, die ich dem Verwaltungs-Bericht über die rheinische Provinzial-Irren-Anstalt zu Düren für 1878—1887 entnehme. Es genasen bei einer Krankheitsdauer vor der Aufnahme:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| bis zu 1 Monat . . . | 41,8 | pCt. Männer | und | 40,9 | pCt. | Frauen. |
| von 2—3 „ . . . | 30,1 | „ | „ | 35,6 | „ | „ |
| „ 4—6 „ . . . | 15,7 | „ | „ | 14,8 | „ | „ |
| „ 7—12 „ . . . | 4,8 | „ | „ | 6,2 | „ | „ |
| im 2. Jahre . . . . | 4,8 | „ | „ | 1,0 | „ | „ |
| von über 2 Jahren . | 2,8 | „ | „ | 1,5 | „ | „ |

Wenn man alle Fälle mit einer Krankheitsdauer bis zu 6 Monat vor der Aufnahme allen denen mit über 6 Monate Krankheitsdauer vor der Aufnahme gegenüber stellt, so findet sich nach dem eben erwähnten Bericht ein Procentsatz an Genesungen von 87,7 für die Männer und 91,3 für die Frauen, bei einer Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 6 Monat, aber 12,3 für Männer und 8,7 für Frauen bei einer über 6 Monate hinausgehenden Krankheitsdauer vor der Aufnahme. Die Genesungsfähigkeit bei kurzer Krankheitsdauer vor der Aufnahme ist also bei den Männern 7 Mal und bei den Frauen 11 Mal so gross, als wenn die Erkrankung schon länger, als 6 Monate vor der Aufnahme in die Anstalt bestanden hat. Mit Rücksicht auf die eindringliche Gewalt, mit der diese Zahlen reden, kann der Arzt sehr viel Nutzen stiften, wenn er das Publicum im allgemeinen und seine Clientel im besonderen mit der Thatsache bekannt zu machen sucht, dass der Procentsatz

der Heilungen im engsten Verhältniss steht zu der Zeitdauer der Erkrankung vor der Aufnahme in eine Anstalt.

Sehr dringend (Kraepelin, Psychiatrie. Leipzig 1896, pag. 303.) muss an dieser Stelle vor den vielfachen unverständigen Versuchen gewarnt werden, die beginnende Psychose durch „Zerstreuungen", Reisen, Entziehungs- und Kaltwassercuren abschneiden zu wollen, bevor man sich zu dem einzig richtigen lange verworfenen Schritte der Verbringung in die Anstalt entschliesst. Die beste Zeit zum erfolgreichen ärztlichen Handeln ist dadurch verloren gegangen, die krankhafte Reizbarkeit zu immer grösserer Höhe und vielleicht zur völligen unheilbaren Erschöpfung gesteigert worden, sodass der Kranke nach allen den missglückten Versuchen schliesslich schon als geistige Ruine in die Hände des Irrenarztes gelangt. Trotzdem der Schwerpunkt der Behandlung Geisteskranker in der Irrenanstalt gelegen ist, bleibt es eine überaus wichtige Aufgabe des praktischen Arztes, rechtzeitig die Entwicklung der Störung zu erkennen und ohne viel Zeitverlust die Versetzung des Kranken in die für ihn geeignete Umgebung zu veranlassen. Von besonderem Werthe ist es, wenn er durch eine sachverständige Krankengeschichte dem Anstaltsarzte Aufschlüsse über den Beginn und bisherigen Verlauf des Leidens zu geben vermag, da ja die Aussagen des Kranken und selbst der Angehörigen über diesen Punkt nicht selten recht wenig zuverlässig sind.

## Oeffentliche und private Irren-Anstalten.

Die Special-Krankenhäuser, welche Geisteskranke aufnehmen und sie gegen ihren Willen festhalten können (Irrenanstalten), sind theils öffentliche, theils private. Als öffentliche gelten in Preussen nach der Ministerialverfügung vom 20. Juni 1859 nur die von der Staatsregierung und den Provinzialverbänden errichteten. Im Gegensatze hierzu sind unter den Privat-Anstalten nicht allein diejenigen zu verstehen, welche Unternehmungen eines Privatmannes sind, sondern auch solche, die von Communen, Kreisen, Genossenschaften und milden Stiftungen eingerichtet sind und verwaltet werden. Aus neueren Verfügungen (speciell der vom 19. Januar 1888) muss allerdings geschlossen werden, dass gegenwärtig die Communal-Anstalten zu den öffentlichen thatsächlich gerechnet werden und dass nur die als Erwerbszweig für bestimmte Privatpersonen dienenden Anstalten zur Verpflegung Geisteskranker der vermögenderen Stände die eigentlichen Privat-Anstalten sind. Die öffentlichen Anstalten sind bestimmt (Schäfer: Gesundheitspolizeiliche Forderungen an Anlage und Betrieb von Privatirrenanstalten. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Bd. 26), die unbemittelten Geisteskranken, vorzugsweise aus dem Bezirk oder aus dem Gemeindeverband, welcher sie erbaut hat und unterhält, gegen gar keine oder nur geringe Entschädigung zu verpflegen; die privaten hingegen nehmen Geisteskranke ohne Rücksicht auf ihren Wohnsitz und ihre Heimathsberechtigung für einen selbst zu zahlenden Preis auf. Schon hieraus folgt, dass im allgemeinen nur

Angehörige der besitzenden Klassen in den Privatanstalten Aufnahme finden werden, wenn man absieht von den Privatanstalten, die von geistlichen Genossenschaften gegründet sind und sich in der Hauptsache mit der Verpflegung unheilbarer Kranker der unteren Stände befassen. Allerdings haben viele der grösseren öffentlichen Irrenanstalten Deutschlands besondere Abtheilungen, sogenannte Pensionärabtheilungen, in denen gegen einen höheren Verpflegungssatz auch Kranke der besseren Stände aufgenommen werden. Es ist nicht zu leugnen, dass durch die Anwesenheit gebildeter Kranker der Anstalt mancherlei Vortheile zufliessen; anderseits hat man es für billig gehalten, die besseren Klassen von der Aufnahme in öffentliche Irrenanstalten ganz auszuschliessen, mit Rücksicht darauf, dass bei der nicht genügenden Zahl dieser Anstalten noch eine grosse Menge besitzloser Geisteskranker, die der Anstaltspflege bedürftig sind, der Wohlthat derselben nicht theilhaftig werden können. Jastrowitz (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 34) verlangt die gänzliche Abschaffung der Pensionen, da der Staat nur die Verpflichtung hat, für seine armen Kranken zu sorgen und der bemittelte Kranke, der sich anderweitig zu helfen vermag, die Allgemeinheit nicht in Anspruch nehmen darf; ähnlich sprechen sich andere Autoren aus. Sollte demnach von vornherein die Aufnahme hochzahlender Kranker in öffentliche Anstalten nicht stattfinden und zwar im Interesse der unvermögenden Kranken, so können weiterhin die Pensionär-Abtheilungen der öffentlichen Anstalten die Privat-Anstalten nicht ersetzen. Gewiss bieten sie, was Einrichtung und Geselligkeit anbelangt, für den Kranken vieles; sie sind jedoch nicht im Stande, Kranken der höheren Stände jeglichen Comfort und eine ihren Gewohnheiten entsprechende Verpflegung zu gewähren und den Anforderungen zu genügen, die diese Kranken an ihre Umgebung stellen. In dieser Richtung entsprechen die Privatanstalten einem wirklichen Bedürfnisse und ihre Existenz-Berechtigung kann hiermit nicht, wie mehrfach geschehen, in Frage gestellt werden. (Schäfer, l. c.)

## Gesetzliche Vorschriften bei der Aufnahme in Irrenanstalten.

Nachdem wir oben die Gesichtspunkte zu erörtern versucht haben, welche bei der Entscheidung der Frage, ob ein Geisteskranker zu Haus und in seiner Familie behandelt werden könne, oder einer Anstalt zugewiesen werden müsse, in Betracht kommen, muss jetzt das Verfahren bei der Aufnahme in eine Irrenanstalt kurz besprochen werden. Dabei ist zu unterscheiden zwischen öffentlichen Anstalten und Privat-Anstalten.

Geisteskranke sind Hilfsbedürftige, für die gesorgt werden muss; da es zugleich grösstentheils solche Kranke sind, die in Folge der Krankheit das Selbstbestimmungsvermögen verloren haben, muss die Versetzung in eine Anstalt oft wider ihren krankhaften Willen und eventuell zwangsweise geschehen. Deshalb ist Sorge dafür zu tragen, dass die Maassregel nicht etwa Gesunde, sondern nur wirklich Geistes-

kranke treffe. Eine Ausnahme machen nur die Fälle, wo eine Beobachtung, ob Geisteskrankheit vorliegt, im strafrechtlichen Interesse erforderlich ist und gerichtsseitig verfügt wird (Strafprocessordnung § 81). Deshalb sind überall gesetzliche und administrative Aufnahmevorschriften vorhanden, die im einzelnen wohl verschieden, doch das Gemeinsame haben, dass Niemand ohne ärztliche Begutachtung einer Anstalt überwiesen werden darf.

Behufs Aufnahme in öffentliche Anstalten Preussens (in andern Bundesstaaten finden sich ähnliche Bestimmungen) stellen die Angehörigen des Kranken einen Aufnahmeantrag bei der Ortspolizeibehörde; diese requirirt zur Untersuchung den zuständigen Physikus, der den „Fragebogen" ausfüllt, worin gewöhnlich nach dem Vorleben des Kranken, nach Ursache und Entwicklung der Geisteskrankheit, nach ihrer Form, Dauer, Prognose und nach der bisherigen Behandlung gefragt wird. Der Fragebogen geht entweder an die Centralverwaltung der Provinz (Landesdirector, Landeshauptmann) oder an eine schon im Formular bezeichnete Anstaltsdirection. Dort erfolgt die ärztliche Oberbegutachtung der Aufnahmequalification und dann die Aufforderung an die Polizeiverwaltung oder die Angehörigen, den Kranken der Anstalt zuzuführen. Eine Abkürzung dieses umständlichen, selbst bei heilbaren Kranken sich oft über Wochen erstreckenden Aufnahmeverfahrens durch telegraphische Anfrage bei den Anstaltsdirectionen oder Ueberführung des noch nicht untersuchten Kranken auf blosse Requisition der Ortspolizeibehörde erfolgt nur in wenigen Provinzen. (Schlockow, Der Preussische Physikus. Berlin 1889.) Uebrigens hat die Polizeibehörde das Recht, den Antrag auf Unterbringung einer Person in eine Irrenanstalt auch gegen den Willen der Angehörigen zu stellen, wenn der Kranke gemeingefährlich ist und dessen Angehörige entweder nicht den Willen oder nicht die Macht und Mittel haben, ihn zu bewachen.

Die Aufnahme einer Person in eine Privatirrenanstalt darf nach der in Preussen diese Materie regelnden Ministerialverfügung vom 20. September 1895 nur auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses erfolgen, aus welchem ersichtlich sind: Veranlassung zur Ausstellung und Zweck des Zeugnisses, Zeit und Ort der Untersuchung, die dem Arzte gemachten Mittheilungen und seine eigenen Wahrnehmungen. Das Zeugniss soll sich darüber aussprechen, an welcher Form geistiger Störung der Kranke leidet und begründen, weshalb er der Aufnahme in die Anstalt bedarf. In der Regel soll dies Zeugniss vom Physikus des Kreises, in dem der Kranke seinen Wohnsitz hat, ausgestellt werden, doch kann in dringenden Fällen die Aufnahme vorläufig auf Grund eines vorschriftsmässigen Attestes jedes approbirten Arztes erfolgen; auf diese Weise Aufgenommene müssen jedoch spätestens innerhalb 48 Stunden nach der Aufnahme durch den Physikus untersucht werden. Kranke, die wegen Geisteskrankheit bereits gerichtlich entmündigt sind, können auf Antrag des ihnen vom Gericht gesetzten Vormundes ohne ärztliches Attest aufgenommen werden.

Wir sehen also, dass die jetzt bestehenden Bestimmungen vollauf die nöthige Garantie gegen eine ungerechtfertigte Freiheitsberaubung eines nicht Geisteskranken geben.

Gegen das in neuester Zeit sich geltend machende Bestreben, durch noch weitläufigere Förmlichkeiten, ja durch Anstrengung eines eigenen „Irrenprocesses“ mit Instanzenzug die Aufnahme in die Anstalten zu erschweren, kann von ärztlicher Seite nicht entschieden genug Front gemacht werden; es werden dadurch, wie Kraepelin (l. c. S. 302) mit Nachdruck hervorhebt, Tausende hilfsbedürftiger Kranker um die Wohlthat rechtzeitiger Behandlung, ja um die Möglichkeit der Genesung betrogen. Denn, wie oben des Weiteren ausgeführt worden ist, hat die Erfahrung auf das Unzweifelhafteste erwiesen, dass die Aussicht auf Heilung oder doch Besserung bei Geistesstörungen sich um so günstiger gestaltet, je früher die Aufnahme in eine geeignete Anstalt stattfindet.

Hat sich der Arzt nun für die Nothwendigkeit, den Kranken zur Behandlung einer Anstalt zu überweisen, entschieden und ist es ihm gelungen, was nicht immer ganz leicht ist, die Angehörigen von der Unmöglichkeit, den Kranken in der Familie zu verpflegen, zu überzeugen, so wird nach Regelung der oben besprochenen Aufnahme-Formalitäten es nöthig, dem Patienten Mittheilung davon zu machen, dass er sich in eine Anstalt zur Vornahme der für nöthig erachteten Cur zu begeben habe. Zweckmässig ist es, mit dieser Mittheilung erst dann hervorzutreten, wenn alle Vorbereitungen zur sofortigen Abreise und Ueberführung getroffen sind. Die Kranken reagiren je nach der Form ihrer Psychose auf diese Mittheilung in verschiedener Weise; die Verbringung in die Anstalt wird erleichtert, wenn man dem Kranken ruhig aber bestimmt die Nothwendigkeit vorstellt; im Nothfall erspart der Hinweis auf eine bereitstehende Uebermacht von Helfern fast regelmässig die thatsächliche Gewaltanwendung; für die Dauer der Ueberführung können Narcotica sehr werthvoll sein. Durchaus falsch und nicht selten eine Quelle langandauernden Misstrauens gegen die Anstalt, den Hausarzt und die Angehörigen ist es, den Kranken durch complicirte Lügengewebe in die Anstalt zu locken; ausserdem sind diese Lügen für gewöhnlich gar nicht nöthig, um den Patienten zum Eintritt in die Anstalt zu bewegen.

Leider stehen auch von Seiten der Angehörigen, Freunden etc. des Kranken massenhafte traditionelle Vorurtheile der rechtzeitigen Verbringung des Patienten in die Anstalt entgegen. Der Laie meint, man müsse den Kranken erst für die Anstalt „reif“ werden lassen und fürchtet, der Kranke könne durch das Zusammenleben mit anderen Kranken nur noch kränker werden. Die tägliche Erfahrung lehrt das Gegentheil.

## Die Irren-Anstalt.

Jede Irrenanstalt ist nichts anderes, als ein Hospital für Gehirnkranke; hiermit ist zugleich gesagt, dass die Anstalt durchaus unter ärztlicher Leitung stehen muss, dass also die Direction in den Händen

des ersten Arztes sein muss, der mit einer gewissen Unumschränktheit alle sonstigen Kräfte zum Besten des Ganzen verwendet. Die Eigenthümlichkeit der in der Irrenanstalt behandelten Krankheiten bringt es nun mit sich — ich folge hier den Darlegungen Griesinger's (l. c.), die auch heute noch ihren vollen Werth haben —, dass derselben nicht nur alle Mittel der gewöhnlichen Medicin zu Gebote stehen müssen, sondern dass sie zugleich alle Einrichtungen besitzen muss, nicht nur um den Kranken vor Beschädigungen seiner selbst abzuhalten (wenigstens in einigen Abtheilungen), sondern auch, um ihm in Bezug auf Verpflegung, Bewegung in freier Luft, Beschäftigung und Unterhaltung alles Nöthige darzubieten. Deshalb muss jede Anstalt nicht nur das Nöthige Warte- und Pflege-, sowie Haus- und Dienstpersonal, die nöthigen Räumlichkeiten zur Isolirung einzelner besitzen, sie muss auch mit Grundstücken zur Feldarbeit, mit Gärten und Anlagen zu Spaziergängen, mit Werkstätten und Arbeitsmaterial zur Beschäftigung und mit vielfachen Mitteln zur Unterhaltung der Kranken versehen sein. — Die Scheidung nach Geschlechtern ist selbstverständlich, aber auf beiden Abtheilungen muss auch Trennung der Kranken nach ihrem zeitweiligen Zustand, nach dem Maass von nothwendiger Pflege und Beaufsichtigung und zulässiger Freiheit erfolgen. — Ein Hauptgrundsatz der ganzen inneren Einrichtung soll immer sein, dass die ganze häusliche Einrichtung und Ausstattung, soweit irgend thunlich, möglichst wenig von der jedes anderen grossen Privathauses sich unterscheide; das Ganze muss den Eindruck eines ärztlichen Zwecken und der Gesundheitspflege gewidmeten Bauwesens, den Eindruck der Wohnlichkeit, Behaglichkeit und Solidität machen und nicht genug kann auf Geschmack und Freundlichkeit in der Erscheinung, besonders auf die ängstliche Sauberkeit Werth gelegt werden.

Ueber die Zahl der Aerzte, die erforderlich ist, wird weiter unten bei Gelegenheit der Erörterungen über Heranbildung und Leitung des Wartepersonals gesprochen werden; dagegen müssen an dieser Stelle einige Worte der Stellung des Anstaltsgeistlichen gewidmet werden. Es eignen sich zu dieser Thätigkeit nach Zinn (Revisionsberichte der ostpreussischen Irrenanstalten. 1895) nur ältere Geistliche mit reicher Lebenserfahrung, feinem Tacte, mildem und verträglichem Charakter. Solche Geistliche bewerben sich aber um die Stelle als Hauptamt in der Regel nicht oder geben dieselbe nach kurzer Zeit wieder auf. Ein häufiger Wechsel der Inhaber dieser Stelle findet deshalb zum Nachtheil der Kranken und der Anstalt statt. Es empfiehlt sich deshalb, den Geistlichen nur im Nebenamt an der Irrenanstalt anzustellen, besonders da das Schwergewicht der Seelsorge an einer Anstalt ganz vornehmlich in dem gemeinsamen Sonntagsgottesdienste liegt. Bei der grossen Mehrzahl aller frischen Fälle ist ja bis zum Beginn der Genesung oder, sofern sie unheilbar sind, während der ganzen Höhe der Krankheit ein persönlicher Verkehr des Geistlichen mit diesen Kranken unmöglich und auch aus ärztlichen Gründen unstatthaft. Bei einem grossen Theil der chronisch Geisteskranken, den hochgradig Blödsinnigen, fehlt ferner

jedes Verständniss und damit jede Möglichkeit für einen persönlichen geistigen Verkehr und ein andrer Theil der Kranken lehnt in Folge von Wahnideen und Sinnestäuschungen jeden persönlichen Verkehr mit dem Geistlichen ab. Aus alledem folgt, dass die mit der Stellung des Anstaltsgeistlichen verbundene Arbeit nicht sehr gross ist und recht gut im Nebenamte geleistet werden kann.

Dagegen empfiehlt es sich sehr, an jeder Anstalt einen Lehrer im Hauptamte anzustellen. Für ihn findet sich, falls er der richtige Mann ist, ein reicher Wirkungskreis. Abgesehen von dem Unterricht, den er geeigneten Kranken nach Anweisung der Direction zu ertheilen hat, hat er die regelmässig stattfindenden Gesangsübungen zu leiten, kann unter günstigen Umständen kleine Musikaufführungen zu Stande bringen, Theaterstücke zur Verschönerung der Anstaltsfeste einstudiren u. a. m. Zweckmässigerweise wird ihm die Verwaltung der Unterhaltungsbibliothek übertragen.

Ein wesentliches Erforderniss jedes Krankenhauses ist Ordnung und besonders in einer Irrenanstalt ist sie unbedingt nöthig. Sie findet ihren schriftlichen Ausdruck in der Hausordnung, welche, von der Anstaltsdirection erlassen, den Kreislauf des inneren Lebens in der Anstalt regelt und bestimmt. In ihr ist auch die Tageseintheilung für die Kranken gewöhnlich enthalten, von der im einzelnen Falle nur auf ärztliche Verordnung abgewichen werden kann; sie muss eine zweckmässige Ausnutzung der Zeit und die gehörige Abwechselung von Ruhe und Arbeit gestatten. Die Tagesordnung zeigt in den meisten deutschen und ausserdeutschen Irrenanstalten eine durch die Landessitte nur wenig modificirte Form: es ist zweckmässig, dass die Kranken frühzeitig (zwischen 5 und 6 Uhr, je nach der Jahreszeit) aufstehen, gegen 7 Uhr frühstücken; zwischen 9 und 10 das zweite Frühstück bekommen, das die Colonnen der Feldarbeiter am besten mit aufs Feld nehmen, um 12 die Hauptmahlzeit, zwischen 6 und 7 Uhr das Abendbrod einnehmen und gegen 9 Uhr zu Bette gehen. Die Arbeitsstunden werden theils vor, theils nach der Mittagsmahlzeit so vertheilt, dass vor und nach der letzteren eine längere Pause stattfindet. Die Zeit nach dem Abendbrod ist dem geselligen Vergnügen und der Erholung gewidmet. Das Einerlei des täglichen Lebens wird zweckmässiger Weise durch Spaziergänge, kleine Feste mit Theatervorstellung und Tanz, u. a. m. unterbrochen.

Jede Irrenanstalt zerfällt selbstverständlich in eine grössere oder kleinere Zahl von verschiedenen Abtheilungen, die je dem geistigen Zustand ihrer Bewohner entsprechend eingerichtet sein müssen; man unterscheidet gewöhnlich Abtheilungen für Ruhige, Halbruhige, Ueberwachungsbedürftige, Sieche; die Irrenanstalt enthält ausserdem alle Einrichtungen eines Krankenhauses für körperlich Kranke; doch ist hier die innere Einrichtung vielleicht von noch grösserer Bedeutung, als bei jeder anderen Krankenanstalt. Es empfiehlt sich, die einzelnen Abtheilungen in verschiedenen von einander durch Gartenanlagen getrennten Gebäuden unterzubringen. Die Erfahrung (M o e l i, die Irrenanstalt Herzberge,

Berlin, 1895), dass eine zweckmässige Behandlung Geisteskranker vor allen Dingen das Zusammenbringen von geordneten, im äusseren Verhalten nicht auffallenden Personen mit verwirrten, lauten oder gar unsauberen Kranken zu verhüten hat, zwingt zu genügender Sonderung der Kranken.

Am besten theilt man mit Paetz (Die Colonisirung Geisteskranker, Berlin, 1892, pag. 75) die Kranken nach dem Grade ihrer Zuverlässigkeit in zwei grosse Gruppen und getrennte Gebiete, Centralanstalt und Colonie; der letzteren weist man alle absolut zuverlässigen, weder zum Selbstmord noch zum Entweichen oder zu Gewaltthätigkeiten geneigten, nicht allzu störenden heilbaren und unheilbaren Kranken zu, die Centralanstalt aber reservirt man ausschliesslich für die unzuverlässigen und sondert dann letztere nach dem Grade ihrer Ueberwachungsbedürftigkeit und der Qualität ihrer socialen Eigenschaften. Es ergeben sich dann für die Centralanstalt Abtheilungen für beständige Ueberwachung, für Absonderung der insocialen Elemente, unter denen wiederum die ruhigen und sauberen von den unruhigen und unsauberen geschieden werden können, sowie schliesslich für die socialeren, weniger unzuverlässigen Kranken, welche den Uebergang zur Colonie bilden.

Die eigentliche Anstalt wird am besten in dem jetzt allgemein für Krankenhäuser angenommenen Pavillon-System gebaut. Ueberdeckte Veranden (Paetz, l. c. pag. 69) unterbrechen angenehm die Façaden und gewähren dem Kranken die Möglichkeit, ungestört durch Regen und Sonnenschein sich reichlich in freier Luft aufhalten zu können. Die Pavillons sollen im Allgemeinen (Paetz, l. c. pag. 69) höchstens 50—60 Plätze enthalten, von Gartenanlagen umgeben und von der Umgebung höchstens durch eine Hecke getrennt sein. Mauern sind am besten wegen des gefängnissartigen Aussehens ganz zu vermeiden; an Stelle des früheren Einsperrsystems soll überall das Ueberwachungsprincip treten. (Paetz, l. c. pag. 70).

Die Ueberwachungs-Station oder Wachabtheilung, die wichtigste Abtheilung der ganzen Anstalt, soll nach Paetz (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 44) in eine solche für rein psychisch Kranke und eine zweite für körperlich Kranke getrennt werden. In diese Abtheilungen gehören alle aus körperlichen oder psychischen Gründen bettlägerigen, der besonderen Pflege, Abwartung und Ueberwachung bedürfenden Kranken. Zu diesen sind in erster Linie zu rechnen alle neu aufgenommenen Kranken und zwar nicht nur die frischen acuten Fälle von Geistesstörungen, so lange sie der besonderen ärztlichen Ueberwachung und Behandlung benöthigt sind, sondern auch alle anderen neu aufgenommenen Kranken solange, bis durch ihre Beobachtung festgestellt ist, dass sie einer besonderen und unausgesetzten Ueberwachung nicht bedürfen. Ausserdem gehören auf die Wachabtheilung alle Kranke, die wegen Nahrungsverweigerung, Selbstbeschädigungsdrang und Selbstmordneigung besonderer Pflege und Aufsicht bedürfen. In neueren Anstalten besteht die Wachabtheilung gewöhnlich aus 2—3 Sälen mit

Closet, Bad, Wärterzimmer u. s. w. und es ist dafür Sorge zu tragen, dass die hier befindlichen Kranken keinen Augenblick bei Tag und bei Nacht aus der Beobachtung des Pflegepersonals kommen; bei Tage sowohl, wie bei Nacht hat mindestens ein Wärter, für dessen regelmässige Ablösung natürlich Sorge zu tragen ist, die Kranken zu beobachten und er darf unter keinen Umständen den Raum verlassen. Die Kranken liegen in dieser Abtheilung meist ständig zu Bett. In der Wach-Abtheilung wird natürlich auch Nachts immer beständig gewacht: man richtet es gewöhnlich so ein, dass von zwei Wärtern jeder die eine Hälfte der Nacht wacht, also die andre Hälfte zum Schlafen benutzen kann; grundsätzlich schläft in dem Wachsaal oder der Wachabtheilung, worin ein Wärter wacht, mindestens ein anderer, damit er bei einem besonderen Vorkommniss zur Aushilfe gleich bei der Hand ist. Controluhren, die er alle 15 oder 30 Minuten zu bedienen hat, behüten den Wärter vor dem Einschlafen; auch wird die Wachabtheilung von dem betreffenden Stationsarzte vorzugsweise Nachts revidirt werden. Die Nachtwachen bilden mit den wichtigsten Dienstzweig in einer Irrenanstalt und sind eine schwere Zumuthung für das Pflegepersonal, besonders wenn sie abwechselnd der Reihe nach von allen Wärtern der Anstalt geleistet werden müssen. In einzelnen Anstalten hat man den Ausweg ergriffen, einen Wärter die ganze Nacht wachen zu lassen und ihm den nächsten Tag frei zu geben; in englischen Anstalten hat man diesen Versuch in ein System gebracht und hat dort besondere Wärter für den Tag und für die Nacht.

Um auch den den Abort benutzenden Kranken der Wachabtheilung nicht ganz der Aufsicht des Wärters zu entziehen, muss man entweder einen Closeteimer, von einer spanischen Wand umgeben, im Wachsaal selbst aufstellen oder man betraut einen besonderen Wärter mit der Beaufsichtigung des in einem Nebenraum untergebrachten Abortes. Da die Verhütung des Selbstmordes bei den dazu geneigten Kranken (Melancholischen besonders) eine der Hauptaufgaben der Anstaltsbehandlung ist, so sind aus der Wachabtheilung schneidende und spitze Geräthe zum Essen verbannt; das Fleisch wird den Kranken hier geschnitten und dazu ein Löffel gegeben. Zum Schreiben wird der Beistift benutzt, auf der Frauenseite werden Strick- und Häkelnadeln aus Holz den Kranken gereicht.

Geschlossene Abtheilungen sind ebenso, wie Ueberwachungs-Abtheilungen für jede Anstalt unentbehrlich, denn überall giebt es Kranke, die so hartnäckig auf Entweichung sinnen, so aufgeregt sind oder ein in crimineller Beziehung so bedenkliches Vorleben haben, dass sie selbst bei sorgfältigster Aufsicht nicht ohne Gefahr in offenen Abtheilungen zu verpflegen sind. Nach Paetz (l. c. pag. 85) gehören in die geschlossenen Abtheilungen diejenigen Kranken, die wegen insocialer Eigenschaften aller Art, wegen unruhigem, unsauberem oder besonders auffälligem Verhalten, wegen Neigung zum Entweichen, zu Gewaltthätigkeit etc. unzuverlässig und unberechenbar sind, ohne gerade zu den speciell Ueberwachung

bedürftigen zu gehören und der Absonderung und des Abschlusses nach aussen zu bedürfen.

In die geschlossenen Abtheilungen gehören auch die Einzelzimmer und Einzelräume. Eigentliche Abtheilungen für Unruhige, „Tobabtheilungen", gehören jetzt zu den seltenen Erscheinungen. „Wo Ueberfüllung oder äussere Beschränkung freier Bewegung oder Mangel an Beschäftigung zur Vermehrung der unruhigen Kranken führt, ist durch entsprechende Abhilfe die indicatio causalis zu erfüllen und nicht durch verkehrte symptomatische Behandlung, d. h. durch Einsperrung und Unschädlichmachen der Aufgeregten aus einem acuten Krankheitssymptom ein chronisches Leiden zu machen. Tob- und Isolirabtheilungen erklären das Toben und Isoliren in Permanenz und mit ihrer Beseitigung schwindet auch das Bedürfniss dafür" (Paetz. l. c. pag. 87).

In die Wachabtheilung kommt jeder neu aufgenommene Kranke zunächst; je nach seinem Zustande, nach der Behandlung und nach dem Maasse von Pflege und Fürsorge, dessen er bedarf, wird er später in eine andere Abtheilung verlegt.

In jeder grösseren Anstalt befinden sich beständig Sieche, körperlich hilflose Kranke, die infolge organischer Krankheiten des Gehirns oder anderer Organe das Bett nicht mehr verlassen können. Für diese Kategorie von Kranken besteht fast überall eine besondere Abtheilung, die am meisten von allen Abtheilungen der Irrenanstalt einem gewöhnlichen Krankenhause ähnlich ist. — Die sogenannten offenen Abtheilungen unterscheiden sich von den anderen dadurch, dass in ihnen die Thüren unverschlossen sind und dass in ihnen die Ueberwachung der Kranken in der Regel geringer sein kann als in den geschlossenen Abtheilungen.

Noch einen Schritt weiter gehend finden wir ausserhalb der Hauptanstalt liegend in den meisten neueren Anstalten die „Colonie", d. h. ein oder mehrere Gebäude, die völlig frei im Gelände der Anstalt stehen und nur Nachts verschlossen werden. In ihnen wohnen meist ruhige chronische Kranke, die sich mit Feldarbeit etc. beschäftigen.

Die behagliche und gemüthliche Einrichtung der Räume der offenen Häuser, ihre Ausschmückung mit Bildern, Möbeln, Portièren, Teppichen, der Schmuck der Blumen auf Fenstern, Tischen, auf der gemeinschaftlichen Speisetafel, das und noch viele andere grosse und kleine Dinge erfüllen den Raum mit dem undefinirbaren Hauche der Gemüthlichkeit (Erlenmeyer, Unser Irrenwesen. Wiesbaden 1896). Auf den Abtheilungen für Ruhige empfiehlt sich auch die Anlage kleinerer einzelner Zimmer: manche Kranke fühlen sich nämlich, wie ja auch viele gesunde Menschen, in grossen, weiten Räumen stets unbehaglich, lieben es dagegen, in kleinen abgetrennten Zimmern zu wohnen. Diesem an sich nicht unberechtigten Wunsche wird eine verständige Anstaltsleitung stets soweit entgegenkommen, als es der jeweilige Zustand des betreffenden Kranken irgend gestattet.

Eine Anstalt, die viele acute Kranke aufnimmt und die Möglichkeit hat, die chronischen Kranken anderen Anstalten zu überweisen, also

z. B. eine psychiatrische Klinik wird, wie eine einfache Ueberlegung lehrt, anders eingerichtet sein müssen, als die grossen Anstalten mit ihrer überwiegend chronisch-geisteskranken Bevölkerung. Letztere werden ihren Kranken eine bedeutend grössere Freiheit der Bewegung geben können, da ja bei chronischen Kranken das Auftreten stärkerer Erregung immerhin nur episodisch stattfindet und in der Mehrzahl der Fälle eine geistige Abschwächung Platz greift. Gegen die jetzt drohende Gefahr völligen geistigen Zerfalls hilft nur eine geregelte Beschäftigung (vergl. weiter unten).

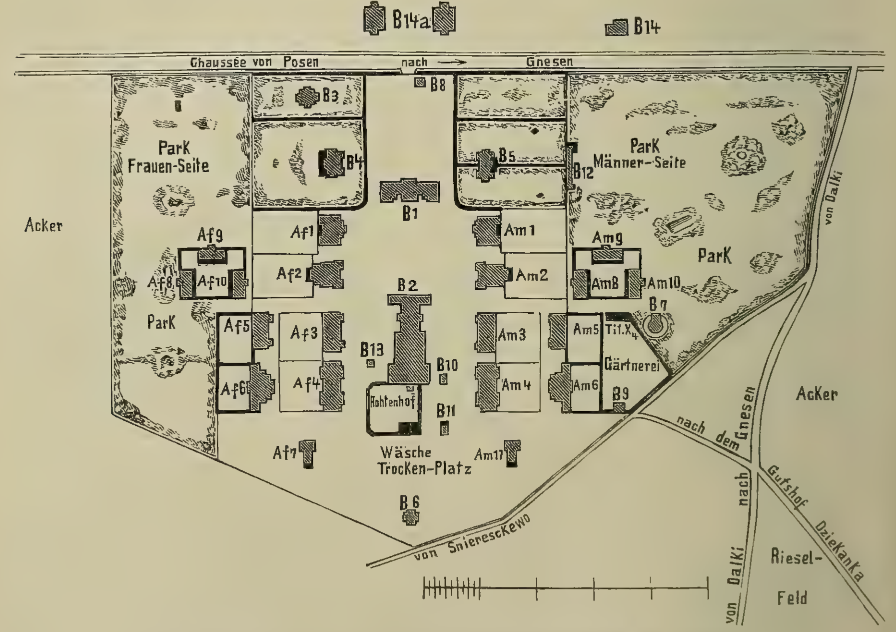
Bei der jetzigen freien Behandlung der Geisteskranken in den Irrenanstalten und bei dem Bestreben, möglichst viele Kranke aus der geschlossenen Anstalt heraus in die Colonie zu legen, kommt es natürlich nicht selten vor, dass sich einer oder der andere der Kranken, die doch meist gegen ihren Willen in der Anstalt sind, aus der Anstalt entfernt. Ein solches Ereigniss bildet durchaus keinen Vorwurf für die Leitung der Anstalt; vielmehr dürfen wir mit Snell (l. c.) behaupten, dass das vollständige Fehlen der Entweichungen den Verdacht erweckt, es werde die freie Behandlung der Kranken mit zu grosser Aengstlichkeit gehandhabt. In den meisten Fällen ist es ja auch gar kein Unglück, wenn ein Kranker sich entfernt; kehrt er zu seiner Familie zurück, so behält sie ihn nicht selten längere Zeit; kann er ausserhalb der Anstalt Arbeit finden, so ist es noch besser, und ist er irgendwie auffällig, so wird er ja doch bald wieder der Anstalt zugeführt. Natürlich darf man Kranke, die sich oder anderen gefährlich sind, entweder gar nicht oder nur dann in freien Abtheilungen behandeln, wenn nach Lage ihres gesammten geistigen Zustandes es unwahrscheinlich erscheint, dass sie sich ohne ärztliche Erlaubniss von der Anstalt entfernen.

## Die Anstalt Dziekanka.

Die Irrenanstalt als Ganzes ist mehr, wie jede andere Special-Krankenanstalt, in allen ihren Theilen, in der ganzen Anordnung und in der speciellen Durchführung ihrer Bauten und Einrichtungen so verschieden von den anderen Krankenhäusern, dass eine kurze Beschreibung einer modernen Irrenanstalt an dieser Stelle nothwendig ist. Es sei hierzu die Irrenanstalt der Provinz Posen Dziekanka bei Gnesen gewählt, einerseits, weil sie ganz neu und mit Benutzung aller neueren wissenschaftlichen Erfahrungen gebaut, andrerseits, weil sie in ihrem Plan und in der Anordnung der einzelnen Gebäude sehr übersichtlich ist. Die Baubeschreibung und den Lageplan der Anstalt verdanke ich der Liebenswürdigkeit ihres Direktors, des Herrn Sanitätsrath Dr. Kayser, dem auch an dieser Stelle nochmals für diese Freundlichkeit zu danken, mir Pflicht und Bedürfniss ist.

Die am 20. October 1894 eröffnete Anstalt ist für die Kranken des Regierungsbezirks Bromberg und einiger Kreise des Regierungsbezirks Posen bestimmt; der Bezirk, auf den sie hinsichtlich ihres Kranken-

materials hingewiesen ist, umfasst 930000 Einwohner. Die Anstalt liegt auf einem von der Provinz zu diesem Zwecke angekauften Gute im Westen der Stadt Gnesen und an sie zum Theil direkt anstossend. Das Gut umfasst ca. 500 Morgen, einschliesslich 35 Morgen, die dazu gepachtet sind, und hat recht guten Boden. Es wird von der von Gnesen nach Posen führenden Landstrasse durchschnitten. Die nach dem See gekehrte Seite fällt 50—60 Fuss tief ziemlich steil dahin ab, der Rest bildet eine von Nord nach Süd sich langsam senkende Hochebene. Von dieser sind 86 Morgen für die Anstalt abgegrenzt, davon die Hälfte für die Gebäude und die dazu gehörigen Schmuckplätze und Gärten, die andere Hälfte für den Park, von welchem die Anstalt rings umgeben wird. Die Anzahl der Gebäude beträgt im ganzen 33, von welchen 20




Lageplan der Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen.

Legende.

A. Kranken-Abtheilungen, geschlossene Anstalt.

1 Häuser für Pensionaire je 25 Kranke. — 2 Aufnahme-Abtheilung je 35 Kranke. — 3 Häuser für Halbruhige je 40 Kranke. — 4 Siechenhäuser je 40 Kranke. — 5 Häuser für Epileptische je 30 Kranke. — 6 Häuser für Unruhige je 30 Kranke. — 7 Lazarethe je 10 Kranke.

offene Anstalt.

8—10 Häuser für Ruhige je 34 Kranke. — 11 Haus für 12 arbeitende Kranke.

B. Baulichkeiten für Verwaltungs- und allgemeine Bedürfnisse.

1 Verwaltungs-Gebäude. — 2 Wirthschafts-Gebäude. — 3 Kirche. — 4 Wohnhaus für den Director. — 5 Wohnhaus für den 2. und 3. Arzt. — 6 Leichenhaus. — 7 Eiskeller. — 8 Pförtnerhaus. — 9 Gärtnerhaus. — 10 Spritzenhaus. — 11 Schmiede und Centesimal-Waage. — 12 Kegelbahn. — 13 Brunnenhaus. — 14 Wärterhaus. — 14a Wärterfamilienhäuser. — 15 Arbeiter-Familienhaus (Gutshof). — 16 Stall dazu.

Tit. II. Umwährungen.

a. schmiedeeiserne zwischen Mauerpfeiler. — b. desgl. zwischen gusseiserne Säulen. — c. Spriegelzäune. — d. Bretterzäune.

Tit. X.

1 Stroh- und Holzschuppen. — 2 Wagen-Remise (Gutshof). — 3 Schlachthaus. — 4 Gärtnerei-Schuppen.

zur Aufnahme von Kranken bestimmt sind. Die Anstalt ist für 600 Kranke, und zwar 300 männliche und 300 weibliche berechnet, unter vollständiger räumlicher Trennung der beiden Geschlechter. Es bestehen 3 Verpflegungsklassen, von denen in der I. Klasse 5 und in der II. Klasse 20 in je einem Hause für Männer resp. Frauen untergebracht sind. Von den übrigen 550 Kranken der III. Klasse werden 200, und zwar 100 Männer und 100 Frauen, ruhige und arbeitsfähige, in der offenen Anstalt untergebracht. Diesem Zwecke dienen je 3 Häuser zu 33 bis 34 Kranken, welche ganz frei ohne Fenstergitter und Umwährung im Parke liegen (offenes Thorsystem). Die übrigen 350 werden in der geschlossenen Anstalt verpflegt. Es sind also für ca. 40 pCt. des Krankenbestandes Plätze in offener Verpflegung vorhanden. Die Krankenabtheilungen zerfallen, für jedes Geschlecht gesondert, in eine Aufnahmeabtheilung, eine Siechenabtheilung und in je eine Abtheilung für Halbruhige, Epileptiker und Unruhige, sowie je eine Lazareth-Baracke. Die Lage der einzelnen Gebäude zu einander geht ohne weiteres aus dem nebenstehenden Plane hervor.

Sämmtliche zur Aufnahme von Kranken bestimmte Gebäude liegen in Gärten, die mit Ausnahme des Gebäudes für Unruhige und Epileptiker mit einfachen Zäunen umfriedigt sind. Ein eben solcher Zaun umgiebt die ganze geschlossene Anstalt. Nur die Gärten für Unruhige und Epileptiker sind mit Mauern umgeben. Alle Gebäude sind in Ziegelrohbau ausgeführt, alle Wohnräume unterkellert. Fast alle Häuser stehen in ihrer Längsachse von Nord nach Süd. In der Regel sind die Wohnräume im Erdgeschoss, die Schlafräume im ersten Stockwerk gelegen; nur im Pensionärhaus, der Aufnahme- und Siechenabtheilung liegen Tages- und Schlafräume in demselben Stockwerk. Die Dächer, mit Ausnahme des der Kirche, sind in Holzcement ausgeführt; der Fussboden in der ganzen geschlossenen Anstalt ist Eichenholz-Parquet, das, wo erforderlich, in heissen Asphalt gelegt ist; die Wände sind in den Krankenabtheilungen auf 2 m Höhe mit Cement verputzt und mit Oelfarbe gestrichen. Die Treppen der Krankenabtheilungen sind unverbrennbar angelegt; alle Wohn- und Schlafräume sind mit Doppelfenstern versehen. Alle Krankenhäuser der geschlossenen Anstalt haben besondere Badeeinrichtung. In der offenen Anstalt und in den Wohn- und Bureauräumen der Beamten besteht Ofenheizung. Die Kleiderkammern befinden sich bei allen Häusern unter dem Dach.

Die Aufnahmeabtheilung enthält 2 grosse durch die ganze Tiefe des Gebäudes gehende, nebeneinander liegende Krankensäle, durch eine Thür mit einander verbunden, von welcher der erste Saal für permanente Wache, der zweite für Kranke bestimmt ist, welche aus nicht psychischen Gründen der Bettlage bedürfen. Auf jeden Kopf kommen 35 cbm Raum. Aus beiden Sälen sind Ausgänge in den Tageraum und von da in die Gartenveranda; die Fenster sind vergittert. Dazu gehören noch 2 Isolirzimmer, Baderaum, Waschraum, Closet und Geräthe-raum. Das aus zwei Stockwerken bestehende Gebäude für Halbruhige

enthält zwei durch eine verticale Scheidewand getrennte Abtheilungen mit besonderen Treppenhäusern. In jeder Abtheilung sind 20 Kranke, dazu je ein Isolirzimmer, Waschzimmer, Badezimmer, Closet und Gerätheraum. Der Schlafraum enthält 25 cbm, der Tageraum 15 cbm Raum pro Kopf; die Fenster sind vergittert.

Die Abtheilung für Epileptiker hat dieselbe Einrichtung wie die für Halbruhige, doch ist jede Abtheilung nur für 15 Kranke bestimmt; der Garten ist ummauert.

Die Abtheilung für Sieche ist ein einstöckiges Gebäude; es enthält 4 grosse Schlafsäle zu je 10 Betten mit 30 cbm Raum pro Kopf; ein Tageraum für 15 ausser Bett befindliche zu 15 cbm Raum pro Kopf. An jeder Giebelseite befinden sich 2, durch Lüftungscorridor abgetrennte Isolirzimmer, ausserdem ein Wasch- und Badezimmer, Gerätheraum und Closet. Im Keller befindet sich ein Cementbottig zur Reinigung verunreinigter Wäsche. Die Fenster sind nicht vergittert.

In der Abtheilung für Unruhige liegen im Erdgeschoss Tageraum und Saal zur Bettbehandlung, eine Treppe hoch: Schlafzimmer für 1—7 Kranke und Waschraum, im Erdgeschoss ausserdem an den Giebelseiten je 6 Isolirräume mit 59 cbm Luftraum, durch einen Schallcorridor abgetrennt, ferner Badezimmer, Closet und Gerätheraum; die Fenster sind vergittert.

Die Lazareth-Baracke für ansteckende Krankheiten enthält einen Saal für 10 Betten und 2 besondere Krankenzimmer, Bade- und Waschzimmer, Closet und Gerätheraum, Firstventilation, Fussbodenheizung, Gypsestrich mit Linoleumbelag und von der Südseite eine offene Veranda. Die Fenster sind vergittert.

Die offene Anstalt besteht aus je drei gleich grossen Häusern für je 33—34 Kranke, im Schlafraum mit 25, im Tageraum mit 15 cbm pro Kopf; im Erdgeschoss befinden sich die Tageräume, eine Treppe hoch Schlafräume und Waschraum; im Erdgeschoss ausserdem ein Isolirzimmer, Closet, Kleiderkammer und Gerätheraum; die Gebäude haben Ofenheizung. Die Fussböden sind aus kiefernen Dielen, die Fenster nicht vergittert und ohne Dornverschluss; die Thüren werden nur des Nachts verschlossen. Vor jedem Hause befindet sich eine grosse offene gedeckte Veranda. Die Bäder für die Insassen dieser Häuser befinden sich im Wirthschaftsgebäude und bestehen theils in Wannen-, theils in Brause-Bädern.

Ausserdem sind vorhanden ein Verwaltungsgebäude, ein Wirthschaftsgebäude, ein Leichenhaus, eine Kirche, ein Eiskeller, eine Kegelbahn, ein Gärtner- und Pförtnerhaus, Wohnhäuser für den Direktor und den II. und III. Arzt, eine Schmiede und Brückenwaage, ein Spritzenhaus und ein Brunnenhaus mit Elektromotorbetrieb.

Die Ventilation ist in der geschlossenen Anstalt eine doppelte und zwar zunächst ein Ventilationsschacht in jedem Zimmer, für Sommer- bezw. Winterventilation: eine zweite Ventilation ist mit der Centralheizung verbunden, durch welche vorgewärmte frische Luft den Räumen

zugeführt wird. Die für ansteckende Krankheiten bestimmten Baracken haben ausserdem Firstventilation. Die Heizung ist eine centrale, theils Dampf-Luftheizung, theils Dampfwarmwasserheizung mit besonderer Dampfluftheizung zur Vorwärmung der Ventilationsluft. Die Beleuchtung der ganzen Anstalt geschieht durch Elektrizität; Corridor und Zimmer erhalten nach Bedarf die erforderliche Anzahl Birnen von 10—16 Kerzen Stärke. Die freien Plätze und Strassen werden durch elektrische Bogenlampen erhellt. Durch Telephonleitung sind sämmtliche Häuser und Dienstzweige mit einander verbunden; auch besteht eine besondere Leitung nach der Stadt zum Anschluss an das dortige Telephonnetz. Die Wasserversorgung ist eine centrale und geschieht durch drei Brunnen, aus denen das Wasser durch drei Elektromotoren in Hochreservoire gepumpt und von hier aus durch Röhrenleitung in die einzelnen Häuser geführt wird. Die Entfernung der flüssigen Abfallstoffe geschieht durch Canalisation auf Rieselfelder.

Dies ist in kurzen Worten die Baubeschreibung der Anstalt. Nach ihrer Eröffnung sind, wie ich einer brieflichen Mittheilung des Herrn Sanitätsrath Kayser entnehme, eine Reihe kleiner Aenderungen getroffen worden: aus beiden Aufnahmeabtheilungen, so wie aus beiden Lazarethen sind die Gitter entfernt worden, so dass nun nur noch $^1/_3$ des gesammten Krankenbestandes hinter Gittern wohnt. Von den reichlich bemessenen Einzelzimmern sind 10, d. h. alle in den 6 Häusern für ruhige Kranke und in den 2 Pensionsgebäuden befindliche, in Wohn- und Schlafräume umgewandelt worden; je 2 in jeder Siechenabtheilung sollen im nächsten Jahre durch Hinzunahme benachbarter Räume in einen grösseren Schlafsaal umgewandelt werden. Die in den Häusern für Halbruhige und Epileptiker befindlichen Einzelräume werden meist als Einzelschlafzimmer für Kranke benutzt, die Nachts andere durch ihre Unruhe stören.

Gegenüber dem Haupteingang der Anstalt ist ein Wohnhaus für 12 Wärterfamilien bereits erbaut, der Bau eines zweiten in Angriff genommen.

Wie die moderne Psychiatrie bestrebt ist (Schaefer, l. c.), schon in der Anlage, dem äusseren Bau und den inneren Einrichtungen der Anstalt dieser den gefängnissartigen Charakter zu nehmen, ihren Insassen die Freiheit der Bewegung möglichst wenig zu beschränken und ihnen das Gefühl der persönlichen Freiheit thunlichst zu belassen, kurz, die Irrenanstalt nur als Krankenhaus zu betrachten, so spricht auch in der modernen Behandlung und Pflege der Kranken der Geist der Humanität das bestimmende Wort. Die immer mehr durchgedrungene Erkenntniss des Irreseins als einer Krankheit hat von der Behandlung der Geisteskranken alles abgestreift, was ehemals die Irrenanstalten den Straf- und Besserungs-Anstalten so nahe brachte. Lange Zeit galt es als selbstverständlich und als Regel, unruhige und störende Kranke durch mechanische Zwangsmittel zu beschränken. Seitdem aber Conolly (siehe oben) im Namen der Humanität die Abschaffung der mechanischen

Zwangsmittel in den Irrenanstalten forderte, hat sich überall die zunehmende Tendenz entwickelt, bei der Behandlung Geisteskranker keine mechanischen Mittel, welche den Gebrauch der Glieder beschränken, mehr anzuwenden. Die Kranken werden in modernen Irrenanstalten weder mit Zwangsjacken bekleidet noch in Zwangsstühle oder sonst irgendwo befestigt oder gebunden; dem freien Willen des Kranken, der seinen Körper oder seine Glieder zu bewegen strebt, wird kein mechanisches Hinderniss in den Weg gelegt. Auch die theilweise Beibehaltung des Zwanges in Ausnahmefällen, z. B. bei chirurgischen Verletzungen, bei excessiver Unruhe, bei Koprophagie u. s. w., wofür ab und zu noch Stimmen laut werden, lässt sich in keiner Weise rechtfertigen. Ist nun die Verbannung aller Zwangsmittel die erste Forderung einer freien Behandlung der Geisteskranken, so ist die zweite, ebenso wichtige, den Geisteskranken als kranken Menschen eine der Art der Krankheit entsprechende Behandlung angedeihen zu lassen.

## Behandlung der Kranken.

Unter den Heilmitteln, welche der modernen Psychiatrie zu Gebote stehen, nimmt die Bettruhe zweifellos den ersten Platz ein. Man hat die Behandlung mittelst Bettruhe, nachdem sie lange in Vergessenheit gerathen war, unter dem Namen Bettbehandlung in ein festes System gebracht. Es bleibt das Verdienst von Paetz (Jahresbericht der Provinzial-Irrenanstalt Alt-Scherbitz 1881) und Neisser (Berliner klinische Wochenschrift 1890 und Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 50), auf die Bedeutung dieses therapeutischen Factors, energisch hingewiesen zu haben. Man lässt am zweckmässigsten die Behandlung jedes neu aufgenommenen Falles mit Bettruhe beginnen und die Erfahrung hat gelehrt, dass viele acut Geisteskranke sich ruhig zu verhalten und auch aus recht lebhafter Erregung ruhig zu werden pflegen, wenn man sie, deren Gehirn, wenn auch nur functionell, erkrankt ist als körperliche Kranke behandelt und ins Bett legt.

Kranke mit schwerer motorischer Unruhe gehören erst recht ins Bett, denn der Kräfte-Verbrauch wird dadurch auf das überhaupt erreichbare Mindestmaass beschränkt; auch lässt sich eine dauernde Gleichmässigkeit aller äusseren Bedingungen auf keinem andern Wege ebenso erreichen, wie durch Bettruhe. Nicht unwesentlich ist auch, dass die Ueberwachung des Kranken im Bett viel leichter durchzuführen ist, als ausserhalb desselben. Wenn die bisher besprochenen Gesichtspunkte sich im wesentlichen nur auf acute Kranke beziehen, so ist zu bemerken, dass die Bettbehandlung auch bei chronischen Geistesstörungen, die vielleicht schon Jahre lang bestehen, durchaus zweckmässig ist; wird sie auch in diesen Fällen keine therapeutischen Erfolge zeitigen, so hat sie jedenfalls unter allen Umständen den Nutzen, dem Kranken eindringlich zu zeigen, dass man ihn für krank hält und als Kranken behandelt. Wir werden mit Snell (l. c. pag. 62) annehmen dürfen, dass der

Patient die Aehnlichkeit mit andern Krankenhäusern nicht übersehen kann, wenn er genöthigt ist, mindestens 8 Tage lang selber das Bett zu hüten und die andern Kranken gleichfalls im Bette zu sehen. Von unmittelbarer, sehr heilsamer Wirkung ist die Bettbehandlung, die Wochen oder nöthigen Falls Monate lang fortgesetzt werden muss, bei der Melancholie, bei der Manie und bei allen Erschöpfungspsychosen. Abzurathen ist von der Bettbehandlung in Fällen mit bedeutender sexueller Erregung und Neigung zur Masturbation. Die Mehrzahl der Kranken bleiben nun ruhig im Bett liegen; immerhin aber giebt es stets eine kleine Anzahl solcher, welche beständig das Bett verlassen. Hier kann man sich zunächst nun so helfen, dass man das Bett mit der einen Längsseite an eine Wand stellt und an die andere Längsseite einen Wärter auf einen Stuhl sich hinsetzen lässt, der den Auftrag hat, den das Bett verlassenden Kranken sanft zurückzuführen. In einzelnen Fällen genügt dies, um den Kranken von weiteren Versuchen Abstand nehmen zu lassen. Diese Maassregel genügt natürlich nicht, wenn der Kranke in stärkerer Weise erregt ist. Es empfiehlt sich dann die Anwendung eines sogenannten Kastenbettes: dies ist ein gewöhnliches Bett, dessen gepolsterte Kopfbretter und Seitenklappen etwa eine Höhe von $1\frac{1}{2}$ m haben und bei welchem die Seitenwände zum Zwecke der Reinigung und Desinfection leicht abzunehmen sind. Diese Kastenbetten stellen zu gleicher Zeit die mildeste Form der Isolirung dar.

In geeigneten Fällen kann die Bettbehandlung durch medicamentöse Mittel, welche erfahrungsgemäss Beruhigung und Schlaf schaffen, unterstützt werden. Doch empfiehlt sich hierbei bei Psychosen mehr, als in andern Krankheiten, weises Zurückhalten. Eine einfache Ueberlegung lehrt, dass die Gefahr einer Gesundheitsschädigung durch die Narcotica bei einer Psychose, die ja ungleich grössere Zeit zum Ablaufen braucht, als irgend eine körperliche Krankheit, ungleich grösser ist, als bei einer der letzteren. Immerhin wird sich stets Gelegenheit finden, durch Chloralhydrat, Paraldehyd, Chloralamid, Amylenhydrat, Sulfonal, Trional oder Bromsalze dem Kranken eine vorübergehende Erleichterung, Beruhigung oder Schlaf zu verschaffen. Bei Bekämpfung depressiver Affectstörungen, (Angst, Traurigkeit) gilt Opium gewissermaassen als Specificum; Hyoscin und Duboisin thuen bei schwer erregten Kranken oft gute Dienste.

Immerhin dürfte bei dauernd unruhigen Kranken, die nicht im Bette zu halten sind, es vorzuziehen sein, sie zu isoliren, als sie längere Zeit mit Narcoticis zu behandeln. Unter Isolirung versteht man die Verbringung in ein, früher Zelle, jetzt Einzelraum genanntes Zimmer, in welchem der Kranke weder störend wirken, noch sich oder seiner Umgebung Schaden zufügen kann; im Einzelraum bedarf der Kranke aus naheliegenden Gründen ebenso ständiger Beobachtung durch einen sachverständigen Pfleger, wie im Wachsaal.

Mit Recht sagt Snell (l. c.): Die rechtzeitige Isolirung eines Kranken und ihre rechtzeitige Aufhebung gehört zu den schwierigsten Auf-

gaben in der Irrenpflege und nur durch grosse Erfahrung, eifrige Aufmerksamkeit und strenge Selbstkritik lernt der Irrenarzt, hierin grobe Fehler zu vermeiden. Die dauernde Isolirung eines Patienten ist fast immer ein Kunstfehler; es muss vielmehr immer und immer wieder der Versuch gemacht werden, den aufgeregten Kranken in einem Saale mit anderen zusammen im Bette zu halten. Durchaus erforderlich ist es, dass jede Isolirung vom Arzte angeordnet werde und in seiner Gegenwart vor sich gehe; kann das Wartepersonal einen erregten Kranken von Gewaltthaten nicht mehr abhalten, so ist der Abtheilungsarzt herbeizurufen, der dann je nach den Umständen zu entscheiden hat. Ist der Kranke in einen Einzelraum verbracht worden, so ist es gar nicht selten, dass er binnen ganz kurzer Zeit ruhig wird; dann ist sofort wieder zu versuchen, ihn in die gemeinsamen Räume zurückzuverlegen und scheitert der erste diesbezügliche Versuch, so ist er eben so lange zu wiederholen, bis es geht. Dies bezieht sich allerdings nur auf die Verhältnisse in nicht zu sehr überfüllten Anstalten; mangelt es den Kranken in der Abtheilung an Platz, so wird man manchmal nicht umhin können, durch längere räumliche Trennung der leicht erregten Elemente den Frieden in den gemeinsamen Sälen einigermassen zu sichern.

In manchen Fällen muss eine Isolirung direct aus therapeutischen Gründen eintreten: Kranke mit Ideenflucht werden durch den Reiz, den andre Kranke auf sie ausüben, zu neuen Vorstellungsreihen angeregt und ihre Ideenflucht dadurch noch gesteigert; den Kranken mit Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen bieten die wechselnden Empfindungen im Krankensaal die fruchtbarsten Anknüpfungspunkte für wahnhafte Auslegungen. Solche Kranke isolirt man in Einzel-Zimmern, während bei erregten Kranken die Isolirung nur in Einzelräumen durchzuführen ist, das heisst in Einzelzimmern (Ziehen, l. c.), welche keine Möbel oder in dem Boden verankerte Möbel enthalten und nach aussen durch fest verschlossene Thüren und unzerbrechliche oder entsprechend gesicherte Fensterscheiben abgeschlossen sind.

Hier und da begegnet man auch wohl einmal einem gepolsterten Isolirraum; die Fälle, in denen man ohne einen solchen Raum nicht auskommt, sind überaus selten, die Reinigung der Polster ungemein zeitraubend und schwierig; sie sind durchaus nicht nothwendig, sondern überflüssig.

Schwer erregte Kranke, die auch häufig noch ihre Bekleidung und ihr Bettzeug im Einzelraum zerreissen, wird man hin und wieder genöthigt sein, in den — natürlich etwas überheizten — Einzelraum als Lager lediglich Stroh oder besser Seegras zu geben und einen hemdartigen Anzug neben Decken aus unzerreissbarem Stoff. — Eine Isolirung über längere Zeit hinaus ist, wie bereits erwähnt, unter allen Umständen zu vermeiden; die Kranken verwildern leicht in den Einzelräumen, fangen aus langer Weile an, zu onaniren und mit Koth zu schmieren, werden gewaltthätig und bilden dann als Artefacte falscher Behandlung eine schwere Plage für die Anstalt, ihre Aerzte und Pfleger. Besonders,

wenn es sich um chronische Kranke handelt, ist es von der grössten Wichtigkeit, sie nicht zu lange sich selbst zu überlassen, sondern sie durch steten Verkehr mit anderen Kranken und mit dem Wartepersonal abzulenken und sie womöglich zu einer nützlichen Beschäftigung zu veranlassen.

An dieser Stelle darf nicht verschwiegen werden, dass von einzelnen Seiten die Behauptung aufgestellt worden ist, man brauche überhaupt niemals einen Kranken zu isoliren und man käme mit Bettbehandlung, mehrstündigen hydropathischen Einwickelungen des ganzen Körpers u. s. w. ebenso gut aus. Hat man ein ärztliches Personal zur Verfügung, wie die psychiatrische Klinik in Würzburg, wo auf vier schwierige Kranke mindestens ein Arzt kommt und wo noch ältere Kandidaten der Medicin fast immer, wenn nöthig auch Nachts, abwechselnd im Wachsaal anwesend sind (Rieger, Die neue psychiatrische Klinik der Universität Würzburg. Klinisches Jahrbuch. Bd. 5. 1894), so mag man wohl ohne Isolirung auskommen können; die Mehrzahl der Anstalten wird aber wohl in den Fällen, wo es zweckmässig erscheint, zunächst noch bei dem Verbringen des Kranken in einem Einzelzimmer verbleiben, natürlich aber für die stete Beobachtung des isolirten Kranken ebenso gut Sorge tragen, wie für die der Kranken im Wachsaal. In gewissen Fällen ist eben die Isolirung von Kranken auch bei ausgedehnter Bettbehandlung nicht zu umgehn, ja in einzelnen Fällen ist sie sogar nothwendig und nutzbringend.

Von fast ebenso grosser Wichtigkeit, wie die Bettbehandlung, sind Bäder, und deshalb muss es möglich sein, in allen Abtheilungen solche zu verabreichen. Sie dienen zunächst der Hautpflege, dann aber auch hauptsächlich als directes Beruhigungsmittel. Die Anwendung des warmen Vollbades zur Reinigung weicht in der Irrenanstalt von der sonst üblichen nur dadurch ab, dass auf die Eigenart der Geisteskranken beständig Rücksicht genommen werden muss. Das warme prolongirte Vollbad dagegen, das in einer Temperatur von 35 bis 38° C. (zum Schlusse etwas wärmer) und in einer Dauer von 20 Minuten bis 2, auch 3 Stunden angewandt wird, hat eine beruhigende Wirkung, die sich nicht selten so weit steigern kann, dass nach dem Bade mehrstündiger Schlaf eintritt. Allseitig ist zugegeben, dass es ein besseres und ungefährlicheres Mittel zur Herbeiführung von Ruhe und Schlaf bei erregten Geisteskranken nicht giebt, als ein warmes prolongirtes Bad.

Allerdings begegnet man bei der Behandlung durch Bäder der grossen Schwierigkeit, dass die Kranken namentlich im Anfange nicht ruhig im Bade bleiben, sondern hinausdrängen; abgesehen jedoch von vereinzelten Ausnahmefällen gelingt es durch immer wiederholte Versuche fast immer, wie Kraepelin (l. c. S. 281) auf Grund seiner reichen Erfahrung versichert, die Kranken soweit zu beruhigen, dass sie gern im Bade verweilen. Bei ängstlichen Kranken pflegen die prolongirten Bäder nichts zu nützen, eher zu schaden, besonders, wenn die Kranken durch Wärterhände festgehalten werden. — Man kann die Kranken in diesen

Bädern zu ihrer grösseren Bequemlichkeit auf durchgespannte Decken lagern, sie auf kleinen Tischchen essen oder sonstwie beschäftigen lassen — weibliche Kranke in Badehemden.

Bäder von kürzerer, bis etwa halbstündiger Dauer pflegen bei Verstimmungen und leichten Angstzuständen beruhigend, gegen Abend auch Schlaf machend zu wirken. Wo Röthung und Hitze des Kopfes auftritt, verbindet man sie zweckmässig mit kalten Umschlägen auf den Kopf. An das Bad selbst schliesst sich dann zur Anregung der Hautthätigkeit zweckmässig eine kühle Berieselung mit darauf folgender Abreibung an.

Vorrichtungen, die dazu dienen, den erregten Kranken in der Badewanne gegen seinen Willen festzuhalten (sogenannte Deckelbadewannen), sind grundsätzlich verwerflich; ist der Kranke durchaus nicht im Bade zu halten, so muss man auf dies Beruhigungsmittel verzichten.

Von sonstigen hydropathischen Maassnahmen, die bei Geisteskranken Anwendung finden, ist die hydropathische Einpackung des ganzen Körpers mit Ausnahme des Kopfes noch zu erwähnen. Die Technik und Indication dieser Einpackung weicht von der sonst üblichen in keiner Beziehung ab.

Die Rolle der Elektrotherapie ist in der Psychiatrie vorläufig recht klein; häufig ist die Galvanisation des Kopfes gegen die verschiedenen Psychosen empfohlen worden, doch bisher ohne sicheren Erfolg. Gegen Schlaflosigkeit bewährt sich vielleicht in manchen Fällen eine Galvanisation Abends vor dem Schlafengehen quer durch den Kopf in der Stärke von $1^1/_2$ bis 2 M. A. (einschleichen! ausschleichen!); doch ist es hier wie in vielen anderen Fällen schwierig festzustellen, ob der Strom als solcher wirkt, oder ob es lediglich sich um eine Suggestionswirkung handelt.

Was die Diät und ihre zweckmässige Regelung anbetrifft, so ist Folgendes zu bemerken (E. und Ed. Hitzig, Die Kostordnung der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Halle-Wittenberg. Jena 1897): Es giebt in jeder Krankenanstalt eine Menge von Personen, welche entweder überhaupt nicht krank sind, nämlich das gesammte Krankenhauspersonal, oder welche zwar krank sind, deren Ernährungs- und Verdauungsverhältnisse aber von dem durchschnittlichen Normalzustande so wenig abweichen, dass sie mit Bezug auf ihren Bedarf an Nahrungsstoffen wie gesunde Menschen betrachtet werden dürfen; in noch viel grösserem Maasse trifft dies bei Irrenanstalten zu, in denen die chronisch Geisteskranken meistens den grössten Theil der Verpflegten ausmachen; ihre Verpflegung hat nach den allgemeinen Grundsätzen der Ernährungsphysiologie für körperlich gesunde ruhende (oder wenn sie arbeiten, beschäftigte) Menschen zu erfolgen. Das eben citirte Buch von Hitzig giebt darüber eingehenden Aufschluss.

Eine viel umstrittene Frage ist zur Zeit, ob es richtig ist, zur regelmässigen Verpflegung chronisch Geisteskranker in Irrenanstalten Alkohol in Gestalt von Bier zu reichen oder nicht. Bei der grossen Anzahl geisteskranker Alkoholisten, welche die Mehrzahl der Anstalten beher-

bergen, empfiehlt sich, da diese Leute selbstverständlich durchaus abstinent gehalten werden müssen, im Allgemeinen, sie entweder — falls man den anderen Kranken Bier geben will — durchaus räumlich zu trennen und ihnen ein Wartepersonal zu geben, das sich zu abstinentem Leben innerhalb der Anstalt verpflichtet, oder den Alkoholgenuss in der Anstalt ganz zu verbieten. Nach allgemeinen Erfahrungen macht letzteres recht wenig Schwierigkeiten; als Zulagen zur Verpflegung für arbeitende Kranke — dies war wohl bisher die Hauptverwendung des Bieres in deutschen Irrenanstalten — kann man ebenso gut Taback, Wurst, Käse, Obst etc. gebrauchen. In einzelnen Anstalten geschieht dies bereits, andere sind im Begriffe, den Alkoholgenuss allmählich ganz zu verbannen, indem sie ihn langsam mehr und mehr einschränken. Natürlich muss das mit den Kranken zusammenlebende Personal contractlich zur Abstinenz innerhalb der Anstalt verpflichtet werden, was durch eine Geldentschädigung überall leicht zu erreichen ist. Es ist selbstverständlich, dass der Alkohol nur in der Form des Genussmittels verdrängt werden soll, seine therapeutische Verwendung als Narcoticum und Analepticum ist werthvoll und soll bestehen bleiben.

Bei Behandlung acuter Psychosen ist auf die Diät ein besonderes Augenmerk zu richten: nicht selten ist bei diesen der Ernährungszustand sehr schlecht, was entweder eine Folge der Psychose sein kann, oder aber die Sache liegt umgekehrt, und es hat sich die geistige Störung auf der Basis der Ernährungsstörung entwickelt. Daraus folgt, dass bei acut Geisteskranken die Ernährung stets auf das sorgfältigste zu controliren ist. Bei acuten Erschöpfungspsychosen ist häufig eine Ueberernährung, die nach bekannten Grundsätzen stattzufinden hat (Milch, Eier, gewiegtes Fleisch, Somatose) am Platze. Eine Appetitlosigkeit weicht manchmal nach Beseitigung eines bestehenden Magen- und Darmkatarrhs oder der so häufig vorhandenen Obstipation. Völlige Nahrungsverweigerung, welche durch Wahnideen oder Hallucinationen verursacht sein kann, wird zunächst am besten 2 bis 3 Tage ignorirt. Man redet dem Kranken nicht zu, sondern bietet ihm nur in regelmässigen Zwischenräumen Speise an; viele Kranke geben ihrem Hungergefühl nach, wenn sie sich unbeobachtet glauben, in manchen Fällen allerdings ist die Wahnvorstellung und die Sinnestäuschung stärker, als der Hunger. Je nach den Umständen muss man früher oder später, sofort natürlich, wenn ein Collaps in Aussicht steht, zur Zwangsfütterung mittelst der Sonde schreiten. Letztere stets durch die Nase auszuführen, halte ich für rücksichtsvoller für den Kranken und für angenehmer für den Arzt. Es darf nicht verschwiegen werden, dass gewichtige Stimmen sich gegen Zwangsfütterung überhaupt ausgesprochen haben, einerseits, weil dieselbe den Principien des no restraints zuwiderlaufe, und andrerseits, weil sie überflüssig sei, da alle abstinirenden Kranken im Laufe der Zeit wieder zu essen begännen. Als Hauptvertreter dieser Ansicht ist Professor Meyer in Göttingen zu nennen, welcher seit Jahren keine Sondenfütterung mehr vorgenommen hat und niemals bei diesem exspectativen

Verfahren getäuscht worden ist (Die Provinzial-Irrenanstalt in Göttingen. 1891). Ich muss gestehen, mir würde zu dieser abwartenden Methode der nöthige Muth fehlen, der ja auch nur durch eine sehr grosse Erfahrung gewonnen werden kann; soweit ich sonst gesehen, gelesen oder gehört habe, wird Sondenfütterung in allen Anstalten in entsprechenden Fällen geübt. Den Nachtheil freilich hat diese Art der Nahrungszufuhr, dass Kranke, die sich an diese Encheirese gewöhnt haben, nur schwer wieder zu essen anfangen: ich erinnere mich z. B. einer melancholischen Kranken, welche die Sondenfütterung im Sinne ihrer Wahnideen verwerthete und in der Einführung der Sonde die gern hingenommene Strafe für ihre Sünden sah. — Im Allgemeinen genügt eine zweimalige Nahrungszufuhr täglich: sie besteht am besten jedesmal aus $^1/_2$ l Milch, 2 rohen Eiern, $^1/_4$ l Portwein und etwas Kochsalz. Die Flüssigkeit muss filtrirt werden, damit sie keine die Sondenfenster verstopfenden Gerinsel enthält und muss auch etwas über Blutwärme temperirt sein. Die Gefahr, mit der Sonde in die Luftwege zu gelangen, ist meiner Erfahrung nach nicht gross: Husten, Cyanose, Erstickungsanfälle würden im betreffenden Falle selbst den gänzlich Ungeübten auf den falschen Weg aufmerksam machen, den das Instrument genommen hat. Besteht Neigung zum Erbrechen, so kann man vorher einige Tropfen Chloroform durch die Sonde eingiessen. Natürlich ist für Reinhaltung des Mundes zu sorgen und die fast immer vorhandene Verstopfung durch Zusatz von Ricinusöl zur Nährflüssigkeit zu beseitigen. Das Herausziehen der Sonde muss in etwas beschleunigtem Tempo erfolgen, und es ist rathsam, die Sonde oben zusammenzudrücken, damit beim Passiren der Epiglottis kein Tropfen der Nährflüssigkeit in die Luftröhre fällt und dort unangenehme Erscheinungen macht. Es empfiehlt sich, stets nur in Bettlage mit der Sonde zu füttern; da abstinirende Kranke selbstverständlich dauernd im Bette zu halten sind, so ist dies auch für den Kranken das bequemste. — Bei sehr schwachen, besonders bei paralytischen Kranken kann es sich ereignen, dass durch ungeschicktes Manipuliren des Personals, das den Kranken mit dem Löffel füttert, Lungengangrän entsteht. Dies verhindert man dadurch, dass man dem Personal lehrt, es dürfe ein Kranker nur in sitzender Stellung mit dem Löffel gefüttert werden, das Füttern selbst müsse sehr langsam vor sich gehen und der nächste Löffel dürfe erst dann gereicht werden, wenn der Inhalt des vorhergehenden heruntergeschluckt sei: Paralytikern, die die Neigung haben, sich den ganzen Mund vollzustopfen — Erstickung ist nicht selten —, muss gleichfalls die Nahrung langsam gereicht werden. Geräth ein solcher Kranker trotzdem in Erstickungsgefahr, so muss man ihm sofort in den Mund fahren, ihn leeren und den Kehldeckel frei machen.

Die Behandlung mancher Geisteskranken wird dadurch sehr erschwert, dass sie mit Koth und Urin unreinlich sind. Dies kann zunächst in Sphinkterenlähmung (wie bei der Paralyse und anderen organischen Hirnerkrankungen) oder auch in der intellectuellen Schwäche

des Patienten seinen Grund haben. Solche Kranke sind bei Tage stündlich zum Abort zu führen und die während der Nacht Unreinlichen lässt man ein- oder zweimal wecken. Oft kann man das Bettnässen auch dadurch verhüten, dass man dem Kranken Abends keine Flüssigkeit giebt. Im engen Zusammenhange mit der Behandlung der Unreinlichkeit steht die Verhütung des Decubitus, die ebenso wie die der hypostatischen Pneumonie nach den bekannten Grundsätzen der Krankenpflege zu erfolgen hat. Zu bewähren scheint es sich, körperlich sehr schwache und unreinliche Kranke in ihrem Bette statt Matratze etc. auf Moos zu legen; doch muss man ihnen dann, wie es in der Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin zu Lichtenberg geschieht, ganz kurze nur ungefähr bis zu den Hüftbeinkämmen reichende Hemden geben, um jeden Decubitus zu verhindern.

Diejenigen Kranken, welche absichtlich mit ihren Excrementen Unfug treiben, sind im Allgemeinen sehr selten und wohl stets Artefacte unzweckmässiger Behandlung; man kann durch regelmässige Eingiessungen in den Mastdarm ihnen das zum Schmieren erforderliche Material entziehen. Namentlich Kranke, die zu lange isolirt worden sind, fangen in den Einzelräumen zu schmieren an; nimmt man sie aus ihrer Verwahrlosung heraus, kleidet sie sauber, bringt sie in eine angenehme Umgebung und sucht sie irgendwie zu beschäftigen, so hören sie schnell mit ihren unsauberen Angewohnheiten auf.

Was die psychische Behandlung Geisteskranker anbetrifft, so ist der oberste Grundsatz Offenheit und unbedingte Wahrheitsliebe: es ist unter allen Umständen falsch und verwerflich, einen Geisteskranken zu täuschen, um ihn zu irgend welchen nothwendigen Maassregeln, z. B. Einnehmen von Arznei zu bewegen. Besser ist es, dem Kranken freundlich aber fest zu erklären, was man von ihm will und dabei wird man fast immer sein Ziel erreichen, im äussersten Nothfalle greife man lieber zur Gewalt, die die Kranken leichter verzeihen. Niemals gebe man einem Kranken ein Versprechen, das man nicht zu halten gesonnen ist, andernfalls verscherzt man unter Umständen dauernd sein Vertrauen und verliert damit die Grundlage der weiteren Behandlung.

Ueber die einzige zweckmässige Art und Weise, wie man sich den Wahnideen des Kranken gegenüber verhalten muss, habe ich bereits oben gesprochen.

Abgesehen von der Durchführung unumgänglicher ärztlicher Maassnahmen, lasse man den Kranken so frei wie möglich gewähren; nur die Rücksicht auf ernstere Missstände oder Gefahren wird den Arzt veranlassen, dem Treiben des Kranken freundlich, aber mit Entschiedenheit entgegenzutreten und schliesslich, wenn jeder Zuspruch versagt, im äussersten Nothfalle auch Gewalt anzuwenden. Niemals darf eine vom Arzt angeordnete Maassregel den Anschein von Disciplinirung haben. In der Reconvalescenz handelt es sich um die Auswahl einer passenden Beschäftigung, da sie am meisten geeignet ist, die Gedanken des

Kranken von den eigenen inneren Zuständen abzuziehen und in ihm die Theilnahme an der Aussenwelt wieder zu erwecken.

Der Wirkungsbereich der hypnotischen Behandlung ist bei Geisteskranken fast gleich Null.

## Verbrecherische Geisteskranke.

Einer besonderen Klasse Geisteskranker muss doch mit einigen Worten gedacht werden. Ohne die Geisteskranken, welche mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen sind, und die Verbrecher, welche in der Haft psychisch erkrankt sind, als eine besondere Art Kranker vom psychiatrischen Standpunkte aus aufzufassen (Ascher, Zur staatlichen Beaufsichtigung der Irrenanstalten. Berlin 1893), muss man doch zugeben, dass hier besondere Verhältnisse vorliegen. Die Frage, was man mit diesen Geisteskranken anfangen und wo man sie unterbringen solle, ist in den letzten Jahren vielfach erörtert worden, und die Aussichten gehen zunächst noch etwas auseinander. Man machte gegen die Unterbringung geisteskranker Sträflinge in den Anstalten geltend, dass die Angehörigen der übrigen Kranken, sowie diese selbst durch das Zusammenleben unangenehm berührt würden, und zweitens besorgt man (Moeli, Ueber irre Verbrecher, Berlin 1888), dass durch derartige Elemente eine übele Einwirkung auf die anderen Kranken ausgeübt und dass ferner namentlich durch die Neigung zu Gewaltthätigkeiten und zu Entweichungen von Seiten dieser Kranken dem berechtigten Bestreben, die Irrenanstalten mehr und mehr jedes Zwanges zu entkleiden, ein Hemmniss bereitet werde. Moeli, ein genauer Kenner dieser Frage, empfiehlt, für diese Kranken Verhältnisse zu schaffen, die ohne Vernachlässigung des Gesichtspunktes, dass es Kranke sind, „doch dem integrirenden und in praktischer Bedeutung vorwiegenden Theile ihres Charakters Rechnung tragen“ (Moeli, l. c. pag. 41); dieser Forderung wird man am besten durch Errichtung von Specialanstalten Erfüllung verschaffen und dem Vernehmen nach sind jetzt auch einzelne preussische Provinzen mit der Einrichtung besonderer Abtheilungen an Corrections-Anstalten, die zur Pflege geisteskranker Verbrecher dienen sollen, beschäftigt. Andre Directoren von Anstalten, unter anderen Meyer in Göttingen, vertreten die Ansicht, dass die Störungen, welche solche Kranke unter anderen Patienten verursachen, nicht gross sind, fordern aber nichts desto weniger aus principiellen Gründen, dass für diese Kranken anderweitig gesorgt werde. Am Zuchthause in Berlin-Moabit und in Waldheim bestehen bereits Special-Anstalten für diese Categorie von Kranken.

## Geisteskranke Trinker.

Was die Behandlung chronischer Alkoholisten in Irrenanstalten anbetrifft, so ist es zweckmässig, wie ich an anderer Stelle (Irrenfreund, 1896, pag. 103ff) des Weiteren auszuführen mich bemüht habe, die

wohlhabenden Alkoholisten in der Besprechung von der grossen Menge derjenigen Trinker zu trennen, welche den ärmeren Ständen angehören. Für erstere ist in genügender Weise durch verschiedene private Special-Heilanstalten gesorgt, in welche die Kranken zum grösseren Theil auf Veranlassung ihrer Familie, zum kleineren Theile wohl auf eigenen Wunsch eintreten; zum mindesten ist für die vermögenden Trinker in einem Umfange gesorgt, der der relativ geringen Bedeutung, die der chronische Alkoholismus in den besitzenden Classen für die Volkswohlfahrt hat, wohl genügend entspricht. Anders steht es mit den grossen Schichten der ärmeren Bevölkerung: hier empfiehlt sich meiner Meinung nach die Einrichtung besonderer öffentlicher Anstalten zur ausschliesslichen Behandlung chronischer Alkoholisten aus öffentlichen Mitteln zunächst nicht; sie ist vielmehr von der Weiterentwicklung der gesetzlichen Bestimmungen abhängig. Zur Zeit sind zur erfolgreichen Behandlung der chronischen Alkoholisten die Irrenanstalten geeignet. Nach den bisherigen Erfahrungen kommen dafür besonders solche Abtheilungen der Irrenanstalten in Betracht, welche einen weniger geschlossenen Charakter haben (Landhäuser, Colonien) und die die Beschäftigungsmöglichkeit in erster Linie berücksichtigen, die also gewissermaassen ein Trinker-Asyl im Rahmen der Irrenanstalt darstellen. Sollten sich aber beispielsweise aus äusseren baulichen Gesichtspunkten noch schwerwiegende Gründe ergeben, die eine räumliche Trennung dieser Asyle von den Irrenanstalten wünschenswerth oder nothwendig erscheinen liessen, so müsste immerhin das Hauptgewicht darauf gelegt werden, dass die Aufnahme der Alkoholisten in diese Asyle nicht direkt erfolge, sondern durch Vermittlung der Irrenanstalt, wie es in dem Gesetzentwurfe des niederösterreichischen Landtages (Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. XIII, pag. 1 ff.) zur Maxime erhoben worden ist; denn es ist ohne weiteres ersichtlich, dass die durchaus nothwendige Individualisirung des einzelnen Falles nur von sachverständiger, also psychiatrischer Seite aus erfolgen kann, ebenso wie die Behandlung sich nach den allgemeinen Grundsätzen der Psychiatrie zu richten hat.

Es sei hervorgehoben, dass von anderer Seite die Errichtung von Trinkerasylen aus öffentlichen Mitteln lebhaft befürwortet wird.

Die neuerdings wieder öfter discutirte Frage, ob mit der Vereinigung der heilbaren und unheilbaren, der acuten und der chronischen Kranken in einer und derselben Anstalt thatsächlich die endgiltige und befriedigende Lösung der der Irrenpflege erwachsenden Aufgaben erreicht sei, kann im Allgemeinen nicht bejaht werden. Erfahrungsgemäss werden die gemischten Heil- und Pflege-Anstalten im wesentlichen sehr bald zu Pflegeanstalten, in denen die heilbaren Kranken nur einen ganz unbedeutenden Procentsatz ausmachen. In der Anstalt Sonnenstein (Das Irrenwesen im Königreich Sachsen 1895; Jahresbericht des Landes-Medicinalcollegium, Leipzig 1896) z. B. betrug die Zahl der heil-

baren Kranken $4^1/_2$ pCt., die der besserungsfähigen 10 pCt., so dass ungefähr 15 pCt. des Bestandes nur Aussicht auf einen Curerfolg boten. Es ist erklärlich, dass noch einigermaassen urtheilsfähige, gemüthlich erregbare Kranke durch eine so grosse Ueberzahl völlig unheilbarer, hoffnungsloser, vielleicht schon 20 bis 30 Jahre in der Anstalt weilenden Pfleglinge, von vornherein auf das Unangenehmste berührt und durch das Zusammensein mit stumpfen oder unruhigen Verblödeten oder alten Paranoikern, sehr ungünstig beeinflusst werden. Es ist namentlich in älteren, geschlossen gebauten Anstalten recht schwierig, durch besondere Maassnahmen, wie locale Trennung, dem heilbaren Kranken über den schädigenden Einfluss der ihn abstossenden Umgebung hinwegzuhelfen. Mit Recht hebt Zinn in einem Revisionsbericht (Bericht über die ostpreussischen Irrenanstalten, 1895, pag. 32) hervor, dass die durch die grosse Masse jahrzehntelang in den Anstalten lebender unheilbarer Kranker hervorgerufene Ueberfüllung, an der übrigens nahezu alle preussischen Provinzialirrenanstalten zur Zeit mehr oder weniger leiden, mit schweren Gefahren für die Kranken, das Aerzte- und Wartepersonal verbunden ist, die Kranken aufs empfindlichste schädigt, die Pflege erschwert, die Heilung der Heilbaren verzögert, ja nicht selten vereiteln kann. Die Ueberfüllung ist, wie ein erfahrener Irrenarzt (Ludwig) sagt, wenn sie einmal einen gewissen Grad erreicht hat, nichts anderes, „als eine Tag und Nacht fortgesetzte Misshandlung der Kranken an Leib und Seele, ein thatsächlicher Betrug in den Hoffnungen und dem Vertrauen der Kranken und deren Angehörigen, eine Vernichtung der Arbeitsfreudigkeit und des Pflichteifers der Aerzte, deren Bemühungen fruchtlos bleiben müssen und endlich noch ein unfehlbares Mittel, um den willigen und eifrigen Wärter zu entmuthigen, die Rohheiten und Nachlässigkeiten des schlechten aber zu beschönigen". Es ist selbstverständlich, dass solche Zustände unhaltbar sind und Abhülfe geboten ist; diese kann aber naturgemäss nicht von heute auf morgen geschaffen werden, sondern nur allmälich erfolgen.

Vielleicht, dass unter diesen Umständen man auf die Einrichtung von passend vertheilten und mit allen Hilfsmitteln reichlich versehenen kleineren Heilstätten, Sanatorien zu zeitweiliger Behandlung ausschliesslich acuter Krankheitszustände kommen wird, während die bisherigen Heil- und Pflegeanstalten, die im wesentlichen jetzt schon Pflegeanstalten sind, ausschliesslich für chronische Kranke bestimmt, und bei einfachen Verpflegungsformen namentlich mit reichlicher Gelegenheit in geeigneter, zumal landwirthschaftlicher Beschäftigung der Pfleglinge ausgestattet bleiben. Zu fürchten steht allerdings, dass diese Bestrebungen durch ihre, die Steuerzahler noch stärker in Anspruch nehmende, finanzielle Belastung in absehbarer Zeit keine Aussicht auf Verwirklichung haben werden. Einen andern Modus der Verpflegung unheilbarer und ruhiger Geisteskranker, dem vielleicht eher die Zukunft gehört, werden wir späterhin in der Familienpflege kennen lernen.

## Wartepersonal.

Von der Beschaffenheit der lebendigen Kräfte, welche in der Irrenanstalt zu wirken berufen sind, hängt mehr, als von allen baulichen und technischen Einrichtungen — seien sie noch so vorzüglich — die Behandlung und Pflege der Geisteskranken und ihr Erfolg ab. Die mit mangelhaften baulichen und technischen Einrichtungen verbundenen Uebelstände lassen sich durch ein tüchtiges Personal, wenn auch nicht beseitigen, doch wesentlich mildern und erträglich machen, niemals aber umgekehrt (Zinn: Bericht über die Revision der Ostpreussischen Provinzial-Irren-Anstalten. Anstaltsberichte der Ostpreussischen Anstalten für 1895. S. 22). Ein in richtiger Auffassung und treuer Pflichterfüllung seinem Berufe ergebenes Wartepersonal ist für den Arzt das allerwichtigste Mittel in Fällen, wo Heilung der Krankheit möglich ist, eine solche zu erzielen; fast in noch höherem Grade ist die Qualität des Personals für das relative Wohlbefinden der unheilbaren Kranken, bei denen der Arzt nicht mehr helfen, sondern nur noch lindern kann, bestimmend.

Deshalb ist es verständlich, dass die Bedeutung der Wärterfrage in der Irrenfürsorge besonders in den letzten Jahren von verschiedensten Seiten eingehend besprochen und nach allen Richtungen hin beleuchtet worden ist; leider hat sich dabei eine erhebliche Divergenz der Ansichten gezeigt. Ohne auf eine genaue Aufzählung oder auf eine kritische Sichtung der von den einzelnen Autoren in dieser Frage aufgestellten Forderungen einzugehen, sei nur daran erinnert, dass die Einen Recrutirung des Pflegepersonales aus den gebildeten Ständen verlangen, während andere ausschliesslich die dienende Klasse zum Wartedienst geeignet erachten. Manche Leiter von Anstalten geben den gedienten Leuten den Vorzug, während andere eindringlich vor ihnen warnen, von vielen Seiten wird betont, es müsse den Wärtern Familienwohnung behufs Ermöglichung der Gründung eines eigenen Hausstandes gewährt werden, während anderseits Ehelosigkeit selbst von dem Oberwartepersonal verlangt wird (Alt, Beitrag zur Wärterfrage. Monatsschrift für Psychiatrie. 1896). Vorschläge wie das Wartepersonal intellectuell und moralisch gehoben werden soll, sind vielfach gemacht worden; Voraussetzung ist dabei, dass in jeder Anstalt die genügende Zahl von Aerzten vorhanden ist, denn ohne ein ausreichendes Aerztepersonal ist ein wirklich gutes Wartepersonal undenkbar. Wir sind mit Alt (l. c.) der Ansicht, dass in einer grösseren Heil- und Pflegeanstalt, die eine Jahresaufnahme von 25 pCt. ihres Bestandes hat, auf je 100 Kranke ein Arzt — den durch die Verwaltungsgeschäfte absorbirten Director nicht eingerechnet — erforderlich ist; bei besonders starkem Krankenwechsel sind noch weitere 1 bis 2 Aerzte für den Dienst auf den Aufnahme- und Wachabtheilungen nöthig. Eine gemischte Anstalt von 600 Krankenbetten würde demnach ausser dem ärztlichen Director bei einer Jahresaufnahme von 150 Kranken 6, bei einer solchen von 200 bis 300 Kranken 7 bis 8 Aerzte nöthig

haben; von diesen muss ungefähr die Hälfte aus praktisch durchgebildeten Psychiatern bestehen, während die übrigen Collegen jüngere Aerzte sein können. Aufgabe der Aerzte ist es nun, durch Wort und Beispiel am Krankenbett wie bei der Arbeit, in der Einzelunterweisung wie in Unterrichtskursen, dem Wartepersonal wahren Berufseifer einzuflössen, das sachliche und allgemeine Wissen zu fördern und vor allem jene unerschütterliche und gleichmässige Besonnenheit im Fühlen und Handeln anzuerziehen, ohne die es unmöglich ist, selbst den aufgeregtesten Kranken gegenüber stets gleich wohlwollend und liebenswürdig und doch bestimmt zu sein (Alt, l. c.).

Natürlich werden sich diesem Berufe, dessen Erlernung und Ausübung hohe intellektuelle und moralische Befähigung und Bethätigung voraussetzt, nur dann die geeigneten Bewerber zuwenden, wenn entsprechende Belohnung der zu leistenden Dienste in sicherer Aussicht steht. Die Besoldung eines Menschen muss ja im Verhältniss stehen zu dem Maass der von ihm verlangten körperlichen und seelischen Arbeitsleistung und Abnutzung. Letztere ist übrigens unter gleichen Verhältnissen um so grösser und schneller, je unmittelbarer und ununterbrochener das Verantwortlichkeitsgefühl in Anspruch genommen wird. Welcher Stand in den kleinbürgerlichen Berufszweigen könnte, unter diesem Gesichtspunkt betrachtet, dem heutigen Irrenwärterstand nur annähernd verglichen werden? Die Irrenwärter arbeiten vielfach nahezu die doppelte Normalarbeitszeit inmitten einer für das leibliche und seelische Wohlbefinden gleich gefährlichen Umgebung. Ja, sie schlafen sogar des Nachts für gewöhnlich mitten zwischen den Kranken, selbst während des Schlafes nicht völlig frei von Verantwortlichkeit. Sie müssen überdies gewärtig sein, wegen einer an und für sich geringfügigen, unter andern Verhältnissen kaum ins Gewicht fallenden Unachtsamkeit — z. B. bei einem Selbstmord eines Kranken — mit dem Strafgesetzbuch in Conflict zu gerathen und Gefängnissstrafe zu erleiden. So kommt es denn, dass die Personen des Wärterstandes so erschreckend schnell — nach mancher Irrenärzte Ansicht sogar schon nach wenigen Jahren — verbraucht, für den Wartedienst und auch für andere bürgerliche Beschäftigungen minderwerthig werden. Und was wird diesem Stand als Gegenleistung geboten? Durchweg eine Bezahlung (Alt, l. c.), die nicht derjenigen eines tüchtiges Handwerkers gleichkommt. Da braucht man sich freilich nicht zu wundern, wenn die Zahl der in den Wärterdienst eintretenden brauchbaren Elemente klein, die der ausharrenden erschreckend gering ist. Da wird es begreiflich, dass vielfach nur solche Existenzen in den Dienst der Anstalten treten, die draussen keine dauernde Stellung finden können.

Früher empfahl man wohl, Militäranwärter zum Dienst in den Irrenanstalten heranzuziehen. Meyer (Aerztlicher Jahresbericht der Provinzial-Irrenanstalt Göttingen pro 1895/96) betont, dass diese Leute durchaus für den Warte- oder Oberwartedienst unbrauchbar sind: das rücksichtslose Durchgreifen, die absolute Subordination, wie sie die strenge Dis-

ciplin erfordert, ist gerade das, was im Verkehr mit den Kranken am wenigsten angebracht ist. Hat man schon Mühe genug, frisch eintretende Wärter zu einem humanen Umgehen mit den Kranken zu erziehen, so ist das bei einem Militäranwärter, der 12 Jahre gedient hat und an den strengen Gehorsam seiner Untergebenen gewöhnt gewesen ist, um so schwerer und meist ganz unmöglich. Noch unangenehmer und nachtheiliger gestalten sich die Verhältnisse, wenn der Posten des Oberwärters mit einem Militäranwärter besetzt ist. Aehnlich spricht sich Erlenmeyer aus (l. c.). Auch die in manchen Anstalten bestehende Einrichtung, den Wartedienst durch Brüder und Schwestern ausüben zu lassen, ist man bestrebt, in Wegfall zu bringen.

Um wirklich brauchbare Elemente zu Irrenwärtern heranzuziehen, ist es nach Alt (l. c.) nothwendig, den Irrenwärterstand zu einem wirklichen Berufsstande zu machen. Dies tritt ein, sobald einerseits die Besoldung einigermaasen im Verhältnisse zur Schwere des Berufes steht, sobald andrerseits der Dienst derart eingerichtet wird, dass einem vorzeitigen Verbrauche der körperlichen und geistigen Kräfte vorgebeugt wird und sobald drittens den verdienten Personen des Wärterstandes für die Zeit, wenn ihre Kräfte zur Ausübung des streng geregelten Anstaltsdienstes nicht mehr ausreichen, eine anderweitige passende Beschäftigungsart zugewiesen wird.

Auch nach einer anderen Seite hin bedarf die Fürsorge für das Wartepersonal an Irrenanstalten einer Reform; mit Recht weist Edel (Ueber Versorgung verletzten und invalide gewordenen Wartepersonals. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 53, pag. 643 ff.) darauf hin, wie schlecht der Staat für dies Personal sorge, falls es im Dienst erkranke oder gar invalide werde, so dass man sich eigentlich wundern müsse, dass sich noch Leute zu diesem schweren, aufreibenden und dabei kärglich bezahlten Berufe fänden. Es giebt in allen Anstalten Unfälle, welche den Wärtern direkt im Umgang mit den Kranken zustossen; an sie kann sich das Krankheitsbild traumatischer Hysterie anschliessen, welche theils verminderte Arbeitsfähigkeit, theils vollkommene Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Dieser Leute muss sich der Staat annehmen, indem auf sie das Unfallversicherungsgesetz ausgedehnt wird, oder sie müssen sich selbst durch Gründung einer Unfall-Berufsgenossenschaft helfen. Auch für das gesunde Irrenwartepersonal fordert Edel (l. c.) eine Versorgung nach nicht zu langer Dienstzeit oder das gesetzliche Bestehen einer Anwartschaft auf andere Beschäftigung (ähnlich der Civilversorgung der Militäranwärter). Auf die Höhe der Gehälter des Wartepersonals, die zum Theil wahre Hungerlöhne sind, kann hier mit Rücksicht auf ihre Verschiedenheit in den einzelnen Staaten und in den einzelnen preussischen Provinzen nicht eingegangen werden; der interessante Aufsatz Kroemer's (Die Löhne des Wartepersonals in den Provinzial-Irrenanstalten des Preuss. Staates. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 54, pag. 707 ff.) giebt davon eine erschöpfende Darstellung. — Hoppe (Centralblatt für Nervenheilkunde. 1895) stellt als unbedingte Erforder-

nisse zur Besserung des Wärterpersonals und Hebung des Wärterstandes die Forderung auf, dass neben der Erhöhung der Wärtergehälter und Besserung der materiellen und socialen Stellung auch für einen zweckentsprechenden Nachwuchs durch die Errichtung von Wärterschulen gesorgt werden müsse. Im Königreich Sachsen ist dies bereits erfüllt; die Berichte darüber lauten zufriedenstellend. — Erlenmeyer (l. c. pag. 99) empfiehlt ebenfalls die Einrichtung einer Wärterschule für einen grösseren Bezirk, beispielsweise für eine oder mehrere Provinzen, die mit einer der grösseren Provinzial-Irrenanstalten in Verbindung zu bringen und nach Art der Hebammenschule einzurichten wäre; nach bestandener Prüfung soll dem Wärter eine Approbation ausgestellt werden. Letzteres wurde übrigens in Hannover auf der letzten Jahresversammlung Deutscher Irrenärzte als nicht wünschenswerth bezeichnet.

Die Anstalt hat die Pflicht, den Wärter, den sie sich erhalten will, sesshaft zu machen; sie muss ihm, wie Erlenmeyer (l. c. pag. 90) logisch entwickelt, nicht nur die Möglichkeit bieten, sich zu verheirathen, sie muss ihm auch durch geeignete Wohnungsverhältnisse Gelegenheit geben, sich seiner Familie widmen zu können. Und in ähnlicher Weise spricht sich, abgesehen von anderen Autoren, auch Scholz (Zur Reform der Irrenpflege. Leipzig 1896) aus: Der Grund des freiwilligen Ausscheidens so vieler, auch tüchtiger Männer aus dem Berufe der Irrenpfleger liegt meist nicht darin, dass sie der Sache müde geworden sind, sondern darin, dass sie nicht vorwärts kommen und keinen eigenen Hausstand gründen können. Deshalb ist der Vorschlag, wie er in der Ostpreussischen Provinzial-Irrenanstalt zu Allenberg auch schon verwirklicht ist, nämlich verdienten älteren Wärtern in der Nähe der Anstalt ein kleines Anwesen, auf dem sie ihren eigenen Hausstand gründen können, zu schaffen, durchaus empfehlenswerth; denn wenigstens einen Stamm erfahrener und zuverlässiger Pfleger wird man sich auf diese Weise gewiss sichern können. Dem Vernehmen nach besteht auch an der eben eröffneten neuen Anstalt zu Neu-Ruppin die Absicht, verheiratheten Wärtern nach etwa 20jähriger Dienstzeit an der Peripherie des Grundstücks der Anstalt Wohnung, Acker und Garten gegen billige Pacht zu überlassen. In ähnlicher Weise ist an der neuen Irrenanstalt der Provinz Posen zu Dziekanka für die Möglichkeit der Verheirathung des Wartepersonals gesorgt: Ein Wohnhaus für 12 Wärterfamilien, der Anstalt gegenüber gelegen, ist gebaut, ein zweites im Bau begriffen. — Es ist zu wünschen, dass bei dem Bau neuer Irrenanstalten von vornherein einige kleinere Häuser in den Bauplan mit aufgenommen werden, die den gedachten Zwecken zu dienen im Stande sind. In Uchtspringe, einer neuen Anstalt der Provinz Sachsen, hat man den verheiratheten Wärtern in ihre Häuslichkeit geeignete Kranke in Pflege gegeben und so mit der Sorge für das Wartepersonal die Weiterentwicklung der Familienpflege (siehe weiter unten) in anscheinend sehr zweckmässiger Weise verknüpft.

Wenn auch dies erstrebenswerthe Ziel vorläufig noch nicht überall

erreicht werden wird, so sind doch jetzt schon ohne grosse Mühe gewisse Verbesserungen durchzuführen. Mit Recht bezeichnet Bornträger (Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 54) es als einen unerträglichen Zustand, dass in vielen Anstalten Wärter und Wärterinnen stets mit den Kranken zusammenwohnen müssen und keinen Raum haben, in den sie sich zurückziehen können; ein solcher Zustand muss das Personal aufreiben und hält vielleicht manche brauchbaren Elemente vom Anstaltsdienst ab. Es müssen also überall Wärterzimmer geschaffen werden, der Tag- und Nachtdienst regelmässig abwechseln, oder es muss der Dienst so vertheilt werden, dass die Wärter wenigstens gewisse Wochen einen Raum für sich bewohnen. — In der Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg (Moeli, Die Irrenanstalt Herzberge. Berlin 1896) ist je ein grosses Besuchszimmer der Männer- und der Frauenseite als Lese- und Gesellschaftszimmer für das Wartepersonal mit den nöthigen Einrichtungen versehen: dem dienstfreien Personale steht an zwei Abenden wöchentlich von 8 bis 10 Uhr die Benutzung dieses Zimmers ihrer Seite frei und einfache Erfrischungen können dort genossen werden. Die Einrichtung hat anscheinend den Beifall des Personals gefunden.

Liegt einerseits die Hebung der materiellen Lage des Wartepersonals durchaus im Interesse der Sache, so ist eine intellectuelle Hebung desselben andrerseits von eben so grosser Bedeutung. Wohl an allen Irrenanstalten werden jetzt von dem Director oder einem der Aerzte Unterrichtscurse für das Personal abgehalten; das Ziel, das durch den Unterricht erreicht werden soll, liegt nicht, wie Falkenberg (Die Pflege Geisteskranker. Berlin 1897) mit Recht hervorhebt, in der Heranbildung desselben zu perfecten Krankenpflegern; das dürfte unter den heutigen Verhältnissen kaum möglich und mit Rücksicht auf die Eigenart der in einer Irrenanstalt zu behandelnden Kranken auch nicht unbedingt nothwendig sein; wohl aber muss erreicht werden, „dass das gesammte Personal ein Verständniss für die Eigenart der ihm anvertrauten Kranken bekommt, dass es die einfachsten Grundsätze der Gesundheits- und Krankenpflege beherrscht und sich soviel Geschick und Fertigkeit in der Krankenwartung aneignet, dass es nicht durch Unterlassung und fehlerhafte Ausführung ärztlicher Verordnungen unberechenbaren Schaden anstiftet“.

Als Leitfaden und Grundlage für diesen Unterricht empfiehlt sich eins der ad hoc geschriebenen Bücher von Tippel, Falkenberg, Schröter u. a. m. — Wie sehr die Wärterfrage und speciell ein zweckentsprechender Unterricht des Wartepersonals zur Zeit im Mittelpunkte des Interesses der Psychiater steht, geht daraus hervor, dass auf der Jahresversammlung Deutscher Irrenärzte zu Hannover 1897 beschlossen wurde, einen Preis von 500 Mk. für den besten kurzen Leitfaden zum Unterrichte des Wartepersonals auszuschreiben. Dagegen wurde ein Vorschlag, Diplomirungen des Personals nach bestandener Prüfung vorzunehmen, abgelehnt.

Die Idee von Alt, eine Monatsschrift für das Wartepersonal der Irrenanstalten zu gründen, war sicher eine gute; die seit Anfang 1897 im Verlage von C. Marhold in Halle erscheinende „Irrenpflege“ bringt in gemeinverständlich abgefassten Abhandlungen Belehrung und Aufschluss über alle das Pflegepersonal angehenden und interessirenden Fragen aus dem Gebiete der allgemeinen Krankenpflege und der speciellen Irrenpflege, der Wohlfahrtseinrichtungen und überhaupt des allgemeinen Wissens. Die Zeitschrift wird, soweit ich gesehen habe, von dem Personal gerne gelesen; es ist zu hoffen, dass sie zum Wohle des Pflegepersonals und damit zum Heil der Geisteskranken beitrage.

## Beschäftigung der Kranken.

Wie schon mehrfach angedeutet worden ist, bedürfen Menschen, die acut psychisch erkrankt sind, vor allem der Ruhe. Dazu gehört, dass die gewohnten Beziehungen in persönlicher und geschäftlicher Richtung ganz abgebrochen werden, bis die sich anbahnende Genesung die vorsichtige Aufnahme des Brief- und Besuchsverkehres wieder gestattet. Bei chronischen Kranken nun ebenso, wie in der Reconvalescenz von acuten Psychosen, ist das Hauptaugenmerk des behandelnden Arztes auf eine zweckmässige Beschäftigung des Kranken zu richten.

„In einer spanischen Stadt Saragossa besteht für Kranke und vorzüglich für Wahnsinnige aller Länder und Religionen ein offener Zufluchtsort mit der einfachen Inschrift: Urbi et orbi. Die Stifter desselben suchten nicht blos durch mechanische Arbeiten, sondern vorzüglich durch das Anlockende des Feldbaues den Verirrungen des Geistes ein Gegenmittel entgegen zu stellen. Am Morgen sieht man, wie einige Kranke die Dienste des Hauses versehen, andre sich in ihre Werkstätten begeben. Die meisten derselben vertheilen sich mit Frohsinn in verschiedenen Haufen unter der Leitung verständiger Aufseher ins Feld, das zum Hospital gehört und übernehmen mit einer Art von Wettstreit die Arbeiten, die jeder Jahreszeit zugemessen sind. Sie bauen Weizen, Hülsenfrüchte, Kräuter, besorgen die Ernte, das Dreschen, die Wein- und Olivenlese. Davon haben sie den Vortheil, dass sie am Abend in ihrem glücklichen Asyl der Ruhe und des Schlafes geniessen und viele sollen blos durch diese einfache Einrichtung wieder zur Vernunft gelangen“. So schreibt Reil in seinen 1803 erschienen „Rhapsodieen über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen“. Er betrachtet diese Mittheilung als ein Curiosum und ahnte nicht, dass die Beschäftigung der Kranken, von der er erzählt, so bald ein therapeutisches Mittel ersten Ranges werden sollte, ohne welches wir uns heute eine Irrenanstalt gar nicht mehr vorstellen können.

Diese Beschäftigung ist natürlich nicht der Zweck, sondern ein therapeutisches Mittel der Anstalt und muss in zweckentsprechender Weise organisirt werden. Die Arbeit der Kranken kann eine sehr mannigfaltige sein: die wichtigste ist die Garten- und Feldarbeit, die

vor jeder anderen Beschäftigung den Vorzug hat, dass sie in frischer Luft verrichtet wird und ohne Schwierigkeit von der Mehrzahl der Kranken erlernt werden kann. Die Kranken arbeiten in einzelnen Colonnen unter Anleitung eines Wärters, manche auch allein nach Anordnung des leitenden Arztes. Solche Kranke lässt man mit Vorliebe in einfacheren, von der Hauptanstalt enfernten Gebäuden ohne jeden Verschluss wohnen (Colonien). Welche grossen Erfolge durch diese Colonisirung Geisteskranker erreicht werden können, zeigt die unter der Leitung von Paetz stehende Irrenanstalt Altscherbitz, wo das Areal eines früheren Rittergutes mit Zuckerrübencultur, Brennerei, Ziegelei u. s. w. fast nur von Kranken bearbeitet wird. Es wird das dauernde Verdienst von Paetz (Die Colonisirung Geisteskranker, Berlin, 1890) bleiben, zuerst in Deutschland in systematischer Weise für die Beschäftigung der chronischen Geisteskranken mit Feldarbeit eingetreten zu sein und zu gleicher Zeit in der von ihm geleiteten Anstalt die praktische Durchführbarkeit der von ihm empfohlenen Einrichtungen gezeigt zu haben. Es ist wohl möglich, dass in dieser besten und verhältnissmässig billigen Verpflegungsart chronischer Geisteskranker die Frage der Irrenfürsorge einen Weg ihrer Lösung gefunden hat. Grade die grosse Anzahl jener nach einer acuten Psychose geistig invalide Gewordenen, denen die Fähigkeit, auf eigene Hand den Kampf ums Dasein fortzusetzen, durch die Demenz genommen ist, findet durch die in der regelmässigen Beschäftigung liegende stete geistige Anregung die Möglichkeit, Jahre hindurch sich in der Anstalt eines leidlichen Wohlseins zu erfreuen. Natürlich gilt dies nicht von der Feldarbeit allein, sondern von jeder, wie immer gearteten, zweckmässigen Beschäftigung.

Chronisch geisteskranke Handwerker kann man auch in besonderen Werkstätten mit ihrem Handwerk beschäftigen; die vielen in dem Betriebe einer grossen Irrenanstalt vorkommenden Reparaturen erfordern ohnehin eine Reihe von Werkstätten, in welchen unter Leitung eines des betreffenden Handwerkes kundigen Wärters die Kranken sich zu ihrem eigenen Vortheil und dem der Anstalt in derjenigen Weise beschäftigen, die ihnen seit Jahren geläufig ist. Der Natur der Sache nach werden diejenigen Anstalten, denen ihr Krankenmaterial aus grossen Städten zufliesst, in höherem Grade Gewicht auf die Beschäftigung ihrer Pfleglinge in Werkstätten legen müssen, als diejenigen Anstalten, deren Aufnahme-Bezirk das platte Land ist. Viele Kranke sind nun weder in der Werkstatt noch im Garten oder Feld zu verwenden; für sie sucht man eine Beschäftigung, die leicht erlernt und fast ohne Werkzeuge betrieben werden kann, wie Korb- oder Strohflechterei. Weibliche Kranke sucht man vorwiegend mit Nähen oder Stricken zu beschäftigen, die leistungsfähigeren finden in der Küche und bei der Wäsche passende Verwendung.

Natürlich kommt es bei der Arbeit von chronischen Geisteskranken nicht sowohl darauf an, was und wie gearbeitet wird, sondern hauptsächlich darauf, dass gearbeitet wird, und dass die Kranken beschäftigt

werden. Bedeutend schwieriger liegen diese Verhältnisse bei den meist den vermögenden Klassen angehörigen chronischen Geisteskranken der Privat-Anstalten; hier ist es von Fall zu Fall Aufgabe des individualisirenden Arztes, den Kranken vor dem gänzlichen Zerfall seiner geistigen Persönlichkeit dadurch zu bewahren, dass er ihn zu Lectüre, Musiciren, Gesellschafts- und Kartenspielen anregt. In der Privatanstalt wird aber die Beschäftigung der Kranken meist damit identisch sein, was wir in der öffentlichen Anstalt unter der Unterhaltung der Kranken verstehen. Gewiss finden sich stets einzelne Kranke, welche in leichter Gartenarbeit befriedigende Bethätigung finden, bei der Mehrzahl muss man sich aber mit leichten mechanischen Handarbeiten helfen. In einer grossen Anzahl von Fällen ist es zweckmässig, eine regelmässige und methodische geistige Beschäftigung dem Patienten anzuempfehlen. Für jugendliche Kranke hat Kahlbaum (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 40) regelmässigen Unterricht unter fremder Anleitung vorgeschlagen und in seiner Anstalt in Görlitz ein ärztliches Pädagogium organisirt; sein Hauptbestreben ist hierbei die harmonische Ausbildung aller Kräfte des jugendlichen Kranken und er verbindet mit dem geistigen Unterrichte körperliche, mechanische und artistische Thätigkeit (Schaefer, l. c.).

## Familien-Pflege.

Von der freien Behandlung, die man unter dem Namen der colonialen Verpflegung den auf dem Felde arbeitenden chronischen Kranken gewährte, ist man noch einen Schritt weiter gegangen, indem man die Kranken den in der Umgebung der Anstalt wohnenden Bauern in Pflege gab. Diese Art der Unterbringung chronischer Geisteskranker wurde zuerst in Gheel in Belgien eingerichtet und hat eine besonders grosse Ausbildung in Schottland erfahren (Sutherland: The insane in private dwellings, Edinburgh, 1897); dort sind von circa 14000 amtlich gezählten Geisteskranken circa 3000 in Familien untergebracht. In Deutschland ist eine Familienpflege in grösserem Maasse von Wahrendorff im Anschluss an seine in Ilten bestehende Privat-Anstalt eingerichtet worden, mit sehr gutem Erfolge; weniger zufriedenstellende Resultate ergab ihre Einrichtung an verschiedenen Provinzialanstalten, wie Bunzlau, Allenberg, Kortau. Es eignet sich eben nicht jede Bevölkerung für den Verkehr mit Geisteskranken und deshalb erscheint der von Alt (Beitrag zur Wärterfrage. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1897) vorgeschlagene und mit günstigem Erfolge bereits betretene Weg überaus geeignet, in der Frage der Familienpflege zu einem guten Ziele zu führen. Er geht aus von der zweifellos richtigen Erwägung, dass ein tüchtiger Berufswärterstand vorzüglich geeignet ist zur systematischen Ausbildung einer wohlgeordneten familiären Irrenpflege und damit zu einer dauernden billigen Entlastung der Anstalten. Eine solche Entlastung muss aber unbedingt angestrebt werden, an-

gesichts der besonders nach Inkrafttreten des Gesetzes vom 1. Juli 1891 geradezu unheimlich anwachsenden Zahl der der provinziellen Fürsorge überwiesenen Kranken. Selbst eine Vermehrung der jetzt vorhandenen Anstaltsplätze um 25 pCt. würde nach Alt nicht hinreichen, um auf Jahre hinaus den gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden. Es giebt aber eine grosse Anzahl von Kranken, die nach kürzerem oder längerem Aufenthalt in einer öffentlichen Anstalt zweckmässig in geordnete Familienpflege überwiesen werden, wo sie — trotz erheblich geringerer Kosten — ein behaglicheres Dasein führen, als es die beste Anstalt jemals zu bieten vermag. Da es in der Nähe der einsam gelegenen Anstalt Uchtspringe an der Möglichkeit fehlte, für die Familien der verheiratheten Wärter Wohnungen zu beschaffen, so legte Alt etwa 1500 m von der Anstalt entfernt Doppelwohnhäuser an, welche 14 Wohnungen für Wärterfamilien, mit Gartenland, Ställen u. s. w. darstellen. In jeder dieser Wohnungen ist gleichzeitig Platz zur Aufnahme von drei geeigneten männlichen Kranken vorhanden. Die Gründung eines zweiten, der Anstalt näher gelegenen Wärterdörfchens, das gleichzeitig für weibliche Familienpfleglinge bestimmt sein soll, ist durch Gewährung von Mitteln zur Erbauung von zunächst 6 Wohnungen sicher gestellt. Wenn einerseits durch diese Maassregel der Anstalt ein sesshafter Berufswärterstand vielleicht geschaffen und erhalten wird, so ist andrerseits dadurch eine ärztlich genau überwachte und geregelte Familienpflege ins Leben gerufen werden, die sich beliebig erweitern und voraussichtlich auch in die benachbarten Ortschaften überpflanzen lässt. Die Grundbedingungen der Familienpflege müssen stets sein, dass der Kranke in dem Hause seines Pflegers seine zusagende Stelle, in dem Wohnzimmer stets seinen bequemen Platz und an allen Mahlzeiten der Familie gebührenden Antheil erhält, dass er ein reinlich gehaltenes, geräumiges Schlafzimmer und vor allem eine stets humane Behandlung und Rücksicht findet. (Wahrendorff: Das Asyl Ilten. II. Anstaltsbericht, Hannover, 1893). Die nach diesen Grundsätzen gehandhabte Familienpflege wird auf die dafür geeigneten Kranken ihren guten und wohlthätigen Einfluss stets zeigen.

Während man früher glaubte, dass die Familienpflege den eigentlichen, ihr zusagenden und gewiesenen Boden vorzugsweise in ländlichen Gegenden und Verhältnissen finde, so ist in Berlin doch seit etwa einem Decennium der Beweis geführt worden, dass sie einen solchen auch im complicirten Getriebe einer Grossstadt und in einer grossstädtischen Bevölkerung recht wohl finden kann. Es hat sich hier gezeigt, dass die dafür geeigneten, nicht unbedingt der Anstaltspflege bedürftigen Kranken dieser Pflege sogar mit Vortheil entbehren, wenn die ihrer bedingten Entlassungsfähigkeit entsprechenden Vorkehrungen für ihren Aufenthalt ausserhalb getroffen werden (Bothe: Die familiale Verpflegung Geisteskranker der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf. Berlin 1893). Ja, die Familienpflege, wie sie besonders in Berlin ausgebildet worden ist, erstrebt weit mehr, als die coloniale Verpflegung: ihr Zweck ist

nicht nur, den Kranken möglichst frei und billig zu verpflegen, sondern sie will vor allem ihn befähigen, sich unter den Verhältnissen des gewöhnlichen Lebens wieder zurecht zu finden, und sie will ihm dabei helfen, wieder selbständig den Kampf um die Existenz mit Erfolg aufzunehmen (Falkenberg: Ueber Familienpflege Geisteskranker. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 54). Vielleicht gehört der weiteren Ausbildung der Familienpflege die Zukunft in der Frage der Versorgung chronischer Geisteskranken, und wir sehen mit Bothe (l. c.) in ihrer Ausbildung eine weitere Episode in der Geschichte der Bestrebungen, die Verpflegung von Geisteskrankranken frei von Zwang in jeder Form zu machen: Jahrhunderte lang theilte der Geisteskranke das Loos des Verbrechers in Ketten, die die menschliche Gesellschaft vor ihm schützen sollten; dann brachte die Einrichtung der Irrenanstalt ihm zwar Befreiung von den Ketten, nicht aber von Fessel und Banden; erst eine neuere Zeit nahm von den Geisteskranken auch diese Zwangsmittel: es blieb der Zwang der Einschliessung in eine Anstalt; die letzten Jahrzehnte ermöglichten sodann für einen Theil der Kranken auch die Befreiung vom Zwange der Einschliessung durch die bei den Irrenanstalten errichteten Colonien; einen weiteren Schritt auf dieser Bahn stellt die Familienpflege dar, die den Geisteskranken, deren Zustand es gestattet, eine Bewegungsfreiheit giebt, die weit über das durch die coloniale Verpflegung gewährte Maass hinausgeht.

Vielleicht kommen wir in absehbarer Zeit dazu, jedem Kranken, der geheilt entlassen werden kann, den Uebergang in das Leben dadurch zu erleichtern, dass man ihm zunächst, um ihm die Gründung einer eigenen Existenz zu ermöglichen, die Sorge für Wohnung, Kleidung und Unterhalt für einige Zeit abnimmt, dass man ihn in Familienpflege giebt, wenn auch nur für einige Wochen. Gegenwärtig steht die Fürsorge für entlassene Geisteskranke durchaus nicht auf der Höhe ihrer Aufgabe; wohl giebt man unbemittelten Kranken bei ihrem Ausscheiden aus der Anstalt ein oder mehrere Male eine in den verschiedenen Gegenden verschieden hoch bemessene Unterstützung, man stattet sie auch wohl mit Kleidern aus, aber das wichtigste, Arbeit, durch die sie sich selbst ihren Lebensunterhalt verdienen können, kann man ihnen in den seltensten Fällen verschaffen und auch die verschiedenen Hilfsvereine können an dieser betrübenden Thatsache nichts ändern. Die nicht regelmässig beklebte Invalidenkarte oder ihr völliger Mangel erschwert den Kranken das Fortkommen sehr; sieht doch hieraus, wie Falkenberg (l. c.) ausführt, der Arbeitgeber sofort, dass die Betreffenden kürzere oder längere Zeit ausser Arbeit gestanden haben; wollen die Kranken nun nicht von vorn herein in den Verdacht der Faulheit oder Unzuverlässigkeit kommen, so müssen sie wahrheitsgemäss angeben, dass sie in der Irrenanstalt waren und haben dann mit dem Vorurtheil zu kämpfen, dass selbst geheilt entlassenen Geisteskranken überall entgegengebracht wird. Auch der Versuch, die Kranken nach ihrer Entlassung in der Anstalt selbst als Arbeiter zu beschäftigen und ihnen hierdurch die nothwendigsten

Arbeitspapiere zu verschaffen, ist in Herzberge gemacht worden und, wie Falkenberg (l. c.) angiebt, nur selten geglückt. Frauen finden im Allgemeinen leichter wieder eine Existenz ausserhalb der Anstalt, als Männer.

Irgend welche positive Vorschläge zur Abhilfe dieser den entlassenen Kranken so häufig ausserhalb der Anstalt erwartenden Noth zu machen, erscheint unmöglich. Ist es doch bisher den berufenen Organen noch nicht gelungen, der grossen Zahl von geistesgesunden Arbeitslosen eine regelmässige Beschäftigung zu verschaffen.

(Eine Aufzählung aller im Deutschen Sprachgebiete bestehenden öffentlichen und privaten Irren- und Nervenheil-Anstalten findet sich in dem demnächst im Verlage von Reimer, Berlin, erscheinenden Buche: Die Heilanstalten für Psychisch-Kranke im Deutschen Sprachgebiete von Laehr, bearbeittet von Dr. Lewald.)

---

# 5. Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Nervenkranke, Epileptische und Idioten.

Von

Sanitätsrath Dr. **Wildermuth** in Stuttgart.

(Mit 1 Plan.)

---

Unter den Erkrankungen des Nervensystems sind es 3 Gruppen, bei denen sich eine besondere Fürsorge theils in Form von Anstalten, theils durch Einrichtungen anderer Art entwickelt hat.

Diese Gruppen sind: Eine Anzahl von functionellen Neurosen, die epileptischen und idiotischen Zustände.

Die Idiotie gehört klinisch zu den Geisteskrankheiten. Aber die Fürsorge für Epileptische und Idioten zeigt in ihrer Entwicklung und in ihrer praktischen Durchführung so viel Berührungspunkte, dass sie gemeinsam besprochen werden muss.

Um die Aufgaben der Fürsorge und Pflege klar zu legen, müssen die klinischen Erscheinungen, die Ursachen und die Zahlenverhältnisse dieser Krankheitsformen berührt werden.

Bei der Besprechung der Therapie wird in erster Linie die Anstaltsbehandlung ins Auge gefasst werden. Dies ist nicht möglich, ohne der therapeutischen Grundsätze, die hier überhaupt in Betracht kommen, Erwähnung zu thun.

## I. Die Fürsorge für Nervenkranke und deren Pflege.

Die Krankheitszustände, von denen hier die Rede sein wird, sind die Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie und Depressionszustände verschiedener Abstufung — hauptsächlich also Störungen psychischer Art. Den Begriff Neurasthenie ganz zu streichen, halte ich weder für klinisch richtig, noch für praktisch durchführbar, denn zweifellos giebt es reine Erschöpfungszustände des centralen Nervensystems, die mit diesem Namen treffend bezeichnet werden. Diese Zustände sind nicht sehr häufig. Am meist haben wir es bei den „Nervenkranken“ mit einer Mischung von neurasthenischen, hypochondrischen, melancholischen, hysterischen Erscheinungen zu thun. Es ist oft unmöglich zu sagen, was das Grund-

leiden ist. Nehmen wir in solchen Fällen das Wort Neurasthenie, so verzichten wir auf eine scharfe Diagnose, aber wir heben das wesentlichste gemeinsame Symptom dieser Zustände hervor: die verminderte Leistungsfähigkeit in Folge einer Ernährungsstörung des Nervensystems. Ich halte dies für richtiger als mit einer gewissen Willkürlichkeit den Namen einer der Krankheitserscheinungen herauszugreifen und dem klinischen Bild Gewalt anzuthun.

Die Mehrzahl dieser Zustände sind als Entartungskrankheiten aufzufassen. Nicht selten — namentlich ist dies bei hypochondrischen und hysterischen Formen der Fall — sind sie mit psychischer Schwäche verbunden.

Wenn wir im Folgenden von Nervenkrankheiten reden, so verstehen wir darunter stets die genannten Krankheitsformen.

## 1. Die Ursachen der functionellen Nervenstörungen.

Es ist eine weit verbreitete Annahme, dass in den Einflüssen der wachsenden Cultur die hauptsächlichen Ursachen für Nervenkrankheiten gegeben seien, und dass unter diesen Einflüssen die Zahl der Nervenkranken ein erschreckendes Wachsthum zeige. Aehnliche Klagen sind alt. Schon Hufeland hat über das physische Gesunkensein und „die Entartung des menschlichen Geschlechtes zu Schattenbildern" geklagt und Politzer hat die Blutarmuth als vorwiegenden physischen Charakter unserer Zeit bezeichnet. Diese Klagen werden gegenwärtig ins Nervöse übersetzt. Thatsächlich ist weder eine Zunahme der Nervenkrankheiten noch eine Schädigung des Nervensystems durch die Cultureinflüsse nachgewiesen.

Die erbliche Belastung ist die wichtigste Ursache für die Nervenkrankheiten. Löwenfeld nimmt sie in 75 pCt. der neurasthenischen Zustände an. Binswanger hält diese Zahl für zu hoch. 60 pCt. dürfte als Durchschnittszahl annähernd richtig sein.

Von den unmittelbaren Ursachen hält Möbius in seiner geistvollen Arbeit „Ueber die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten" die Gemüthsbewegungen für die wichtigsten.

Ich kann mich dieser Ansicht nicht anschliessen. Von den Patienten selbst werden die nervösen Störungen freilich häufig auf irgend ein unglückliches Ereigniss oder auf unglückliche Verhältnisse zurückgeführt — gerade wie bei den Psychosen. Bei näherer Erkundigung wird man gewöhnlich erfahren, dass das Nervensystem schon vorher nicht widerstandsfähig war. Möbius selbst sagt: „Ein gesunder Mensch verträgt ungeheuer viel und auch sehr viel Gemüthsbewegungen ohne Schaden; dass die Nervenkranken durch Schreck, durch Aerger, durch Ehrgeiz, durch Angst u. s. w. aus dem Gleichgewicht gebracht werden, das beruht eben darauf, dass ihnen eine krankhafte Reizbarkeit, ein

labiles Gleichgewicht angeboren ist.“ Darauf kommt es immer wieder hinaus.

Die Ueberbürdung, namentlich die geistige Ueberarbeit, wird vielfach als eine häufige Ursache der Nervenkrankheiten angesehen. Thatsächlich ist sie es selten. Soweit sich derartige Einflüsse in Zahlen ausdrücken lassen, möchte ich nach meiner Erfahrung in nicht mehr als 8 pCt. die Nervenkrankheiten als Folge von Ueberarbeit ansehen. Weit häufiger als durch Arbeit, werden die Leute durch ein beruf- und arbeitloses Leben nervenkrank, „durch den moralischen Bankerott eines in Thorheiten vergeudeten Lebens“. Auf diesem Boden kommt eine neuropathische Anlage am kräftigsten zur Entwicklung, namentlich sind es hypochondrische Zustände, die hier gedeihen. „Das Nervenleiden“ vertritt bei solchen Menschen die Stelle des Berufs, und sie füllen ihr inhaltsloses Leben mit ärztlichen Consultationen, Badecuren und dem Besuch von Nerven- und Naturheilanstalten aus.

Der Schule wird häufig der Vorwurf gemacht, dass sie durch zu grosse Anforderungen bei der Jugend den Grund zur Schwächung der Constitution und so zu Nerven- und Geisteskrankheiten lege. Namentlich hat man dem humanistischen Gymnasium diesen Vorwurf gemacht. Diese Klagen sind stark übertrieben worden. Man hat dabei ausser Acht gelassen, dass auf die jungen Leute noch andere und mächtigere Einflüsse einwirken als die Schule.

Ein zahlenmässiger Beweis, dass unser Schulsystem, insbesondere der Gymnasialunterricht die Schüler nerven- und geisteskrank mache, liegt nicht vor. Damit soll nicht geleugnet werden, dass hier Verbesserungen möglich und wünschenswerth sind. Der Unterrichtsstoff auf dem Gymnasium ist in einzelnen Klassen zu gross geworden. Dafür ist nicht die humanistische Richtung verantwortlich zu machen, sondern daran ist das Streben schuld, in missverständlicher Auffassung der Ziele des Unterrichts dem Stamm des Gymnasiums alle möglichen Wissenszweige aufzupfropfen. Ich nehme keinen Anstand, hier in erster Linie die Ausdehnung des mathematischen Unterrichts zu nennen. Die Gefahr der Ueberbürdung wird vermieden werden, wenn man von der Ansicht abgeht, die Schule habe alles überhaupt Wissenswerthe zu lehren.

Auch bei der Schulfrage spielt das Axiom von der fortschreitenden nervösen Entartung unseres Geschlechtes eine grosse Rolle.

Von exogenen Schädlichkeiten sind in erster Linie die acuten Infectionskrankheiten zu nennen, besonders Influenza. Namentlich hatte die Epidemie von 1889 auf 1890 häufig lang dauernde Erschöpfungszustände des Nervensystems im Gefolge. Auch nach Typhus, Diphtheritis, Rheumarthritis acuta, Malaria treten solche ab und zu auf.

Bei Frauen sind es schwere oder schnell aufeinander folgende Geburten, die zu nervöser Erschöpfung führen. Chlorose in den Mädchenjahren schafft zweifellos eine Veranlagung zu späteren nervösen Erkrankungen.

Die Erschöpfungszustände nach acuten Krankheiten bieten das reinste Bild der Neurasthenie.

Der gewohnheitsmässige Genuss von Alkohol, auch wenn er nach den landläufigen Auschauungen nicht als Trunksucht gilt, ist eine häufige Ursache nervöser Beschwerden. Es sind hier nicht die schweren organischen Veränderungen nach Alkoholvergiftung gemeint, sondern die im engeren Sinne neurasthenischen Beschwerden: Angstzufälle, Ermüdungsgefühl, Arbeitsunlust.

Auch starkes Rauchen kann specifisch neuasthenische Zustände erzeugen.

Onanie und übertriebene natürliche Befriedigung des Geschlechtstriebes führen häufig zur Neurasthenie. In wie weit die üblen Folgen dieser Ausschreitungen psychisch oder physisch bedingt sind, lässt sich nicht sicher bestimmen, ist im Grunde auch gleichgültig.

Bei mindestens der Hälfte der Nervenkranken kennen wir keine unmittelbaren Ursachen.

## 2. Die Prophylaxe der Nervenkrankheiten.

Da die Mehrzahl aller Nervösen die Krankheitsanlage mit auf die Welt bringen, so wäre das beste vorbeugende Mittel nervenkranke, nervenschwache und degenerirte Menschen nicht heirathen zu lassen. Das wird stets ein frommer Wunsch bleiben.

Die Annahme, dass das Heirathen für das neuropathisch veranlagte Individuum selbst heilsam sei, ist in dieser Allgemeinheit ausgesprochen nicht richtig. Viele dieser Menschen schlagen sich ledig schlecht und recht durchs Leben, der Verantwortung und den Pflichten des Familienlebens sind sie nicht gewachsen. Ich kenne nur verschwindend wenig Fälle, in denen Hypochonder oder Neurasthenische durch das Heirathen gebessert worden wären, dasselbe gilt für die Hysterie: aus den hysterischen Mädchen werden eben hysterische Weiber, und als solche sind sie gemeingefährlicher.

Vorschriften zu einer verständigen Erziehung der Kinder als Gegengewicht gegen eine nervöse Anlage werden seit alter Zeit von Aerzten und Erziehern gegeben. Sie werden am wenigsten von denen befolgt, für die sie in erster Linie bestimmt sind.

Zu vermeiden ist bei Kindern jede Art alkoholischer Getränke, starker Thee und Kaffee. An sich haben die Kinder gar keine Neigung zu diesen Reizmitteln, sie wird erst durch die Umgebung geweckt. Die meisten Kinder bekommen auch zu bald und zu viel Fleisch, dadurch wird ihnen die Milch verleidet.

Es ist nicht gut, die Kinder bald auf grosse Reisen mitzunehmen, sie werden dadurch auf der einen Seite aufgeregt und frühreif, auf der andern Seite wird der feinere Natursinn abgestumpft. Das Kind soll zunächst seine engere Heimath kennen und sich daran freuen lernen,

auch wenn sie keine Gletscher und Schneeberge hat. Ueber Kinderbälle, frühzeitigen Theaterbesuch und ähnliche Thorheiten braucht man kein Wort zu verlieren, um so weniger, als es doch nichts hilft.

Ganz verwerflich ist es, mit den Kindern viel über ihre Gesundheit zu reden, ihnen die alberne Erkältungsfurcht und ähnliche Grillen in den Kopf zu setzen. Es ist auch thöricht und schädlich, ohne besondere ärztliche Anzeige, die Kinder eiskalt abzuwaschen und zu douchen. Das sind Reizmittel für das Nervensystem, die sich nicht zur gewohnheitsmässigen Anwendung eignen und im Kind die Vorstellung wecken, dass es zur Pflege seiner Gesundheit ganz besonderer Maassregeln bedürfe.

Das beste Mittel, die Entwicklung einer nervösen Anlage zu verhindern oder die Nervosität, wenn sie da ist, in gewissen Schranken zu halten, ist die regelmässige Arbeit im Berufe. Durch sie ergiebt sich die Ablehnung einer grossen Anzahl schädlicher und unnützer Dinge von selbst, wie übertriebener Geselligkeit, von zerstreuendem, unbefriedigendem Dilettantismus, Excessen in Bacho et Venere.

Was für die Erwachsenen der Beruf, ist für junge Leute der Schulunterricht; er ist abgesehen von seinem unmittelbarem Zweck das beste Mittel, Pflichtgefühl und die Ueberzeugung, dass regelmässige Arbeit nothwendig sei, in Fleisch und Blut übergehen zu lassen.

Um ein kräftiges Geschlecht heranzuziehen, um insbesondere neuropathisch veranlagte Menschen widerstandsfähig zu machen, sind Körperübungen ein unentbehrliches Mittel. An Sinn und Begeisterung für diese Seite der Erziehung fehlt es heut zu Tage nicht. Von allen Seiten wird uns die englische Jugenderziehung als Muster gepriesen, und man ist eifrig bestrebt, alle Arten von englischem Sport auf deutschen Boden zu verpflanzen. Wie ich glaube, nicht mit Recht. Unser deutsches Turnen, in grosser Zeit aus dem Volke selbst herausgewachsen, ist mit der Zeit unter Mitwirkung der Unterrichtsbehörden in sorgfältiger Weise zu einem Theil des Jugendunterrichtes aus- und umgebildet worden. Dieser Turnunterricht stellt zusammen mit der militärischen Ausbildung eine plan- und maassvolle körperliche Schulung aller Schichten der männlichen Jugend dar, wie sie kein anderes Volk besitzt. Im Begriff des Sports liegt eine schädliche Einseitigkeit, die das Turnen nicht kennt. Aber Sport klingt vornehmer und stammt vom Ausland! Bei der Wichtigkeit dieser jetzt allgemein erörterten Frage ist es von Interesse, eine englische Stimme zu hören aus einem Aufsatz in The New Review Januar 1898, der auch in deutsche Blätter übergegangen ist. Der Verfasser beklagt tief, dass die ausgezeichnete körperliche Erziehung, die den Bewohnern des Continents durch die allgemeine Dienstpflicht zu Theil werde, in England so ganz ohne Gegenstück sei. Es sei ganz unzutreffend, anzunehmen, dass dies in England der Sport leiste. In Folge des täglichen Zwangs zum Spiel in den grossen englischen Schulen werde einem grossen Theil der Knaben das ewige Spielen zuwider, so dass die Knaben froh seien, in den Ferien von diesem Zwang erlöst zu

sein. Durch das übermässige Betreiben der paar Spiele sei dem Knaben auch die Freude an der Natur und das Interesse für das Landleben verloren gegangen, das früher durch grössere Ausflüge und durch zwangloses Umherstreifen in der Umgebung der Schule gepflegt worden sei. Ich denke für die Spielbewegung, die in Deutschland ins Leben gerufen worden ist und mit Hochdruck betrieben wird, liegt darin viel Beherzigenswerthes.

### 3. Allgemeine Grundsätze für die Behandlung Nervenkranker.

Ueber die Behandlung Nervenkranker besteht eine grosse Literatur, die meistens aus neuer und neuester Zeit stammt.

Neben den allgemeinen Lehrbüchern wie dem von Hilt, Oppenheim, Gowers u. A. sind eine Reihe von Specialwerken erschienen, wie die Arbeiten von Binswanger, Müller, Löwenfeld.

In neuester Zeit hat das Stintzingische Sammelwerk eine Reihe vortrefflicher Arbeiten von Stintzing selbst, Binswanger, Liebermeister, Höslin, Strümpell gebracht, die die Therapie der Nervenkrankheiten erschöpfend behandeln. Wir werden uns hier auf die Skizzierung der allgemeinen Grundsätze beschränken.

Die Krankheiten, von denen wir hier reden, sind im wesentlichen psychischer Natur und ihre Behandlung muss im wesentlichen ein psychische sein. Der Arzt muss danach streben, den krankhaften Inhalt und den krankhaften Mechanismus der Vorstellungen in günstigem Sinne zu beeinflussen damit kommen wir auf den Boden der suggestiven Behandlung, in deren Dienst auch ein Theil unserer physicalischen und chemischen Heilmittel steht. Wie diese Suggestivbehandlung im einzelnen ausgeführt wird, darauf kommt nicht so viel an. Insbesondere wird es vom einzelnen Fall, der Erfahrung und dem Geschick des Arztes abhängen, ob er die Suggestion in Form der Hypnose oder in anderer Weise anwenden will.

Zur Beseitigung einzelner Symptome ist die Hypnose sehr geeignet, aber sie soll nur einen Theil des ganzen Curplanes ausmachen.

Der erste Schritt zur Behandlung ist eine gründliche, demonstrativ genaue Untersuchung des Patienten. Auf Grund einer solchen können wir ihn dann mit aller Bestimmtheit versichern, dass kein „organisches Leiden“ zu Grunde liege, sondern dass es sich um eine schleichende Ernährungsstörung des Nervensystems handle, die zu beseitigen sei.

Für die Behandlung ist der Hauptgrundsatz, sich nicht auf die Bekämpfung einzelner Symptome zu beschränken, sondern den ganzen Tageslauf, die Nahrung, Arbeit, Ruhe und Bewegung bis ins Einzelne zu regeln. Als Ziel ist die fortgesetzte Steigerung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit im Auge zu behalten. Den Kranken muss man überwachen und ihn immer wieder daran erinnern, dass die manigfachen und wechselnden subjectiven

Beschwerden keine selbständige Bedeutung haben und mit der Beseitigung des Grundzustandes, der Erschöpfung des Nervensystems verschwinden werden. Dass es sich bei dem Patienten um einen wirklichen und nicht nur eingebildeten Krankheitszustand handle, muss man ihm ausdrücklich zugeben.

Wichtig ist die Frage, wie man sich zur specialistischen örtlichen Behandlung einzelner Organe verhalten soll. Dass Ovarial- und Uterinleiden nicht die Ursache der Hysterie sind, wird heute wohl allgemein angenommen werden und die Verfolgung unschuldiger Eierstöcke scheint ihren Höhepunkt überschritten zu haben. Auch in gynäkologischen Kreisen ist man der Ansicht, dass schon die örtliche Untersuchung meist schädlich einwirkt. Aehnlich liegt die Sache bei manchen Magenleiden in ihrem Verhältniss zu neurasthenischen und hypochondrischen Zuständen ferner Nasenleiden, die der Urheberschaft vieler Neurosen bezichtigt werden.

Dass thatsächlich bestehende Leiden örtlicher Art bei Nervösen behandelt werden müssen, wie bei anderen Menschen, versteht sich von selbst. Aber man hüte sich, hypochondrischen und hysterischen Beschwerden durch eine örtliche Diagnose ohne dringenden Grund einen festen Rückhalt zu geben. Nichts erschwert die Behandlung dieser Zustände so, als die Diagnose eines örtlichen Leidens, die bei dem Patienten einmal gestellt worden ist. An „dem Unterleibsleiden“, das die Hysterische und „dem Magenleiden“, das der Hypochonder wie einen unantastbaren Besitz mit sich trägt, scheitert nicht selten die Durchführung der allgemeinen Behandlung. Namentlich sei man darin vorsichtig, dem Patienten wegen nervös dyspeptischer Beschwerden die Unbekömmlichkeit einer Menge von Speisen zu suggeriren oder ihn in seinen Autosuggestionen darüber zu bestärken. Sonst umgiebt sich der Patient mit einem Gesetzeszaun von Speiseverboten, der schwer zu durchbrechen ist.

Bei der Aufstellung des Curplanes müssen wir davon ausgehen, dass die Mehrzahl unserer Kranken jahrelang oder für ihr ganzes Leben mit einem wenig widerstandsfähigen Nervensystem zu rechnen hat. Es handelt sich also nicht nur darum, „eine Cur“ vorzunehmen, sondern eine Lebensweise zu finden, die der Patient ohne durchgreifende Störung seines Berufes durchführen kann.

Wir haben bei der Besprechung der Prophylaxe auf den hohen Werth eines geordneten Berufslebens für die Verhinderung von Nervenkrankheiten hingewiesen. Auch bei der Behandlung schon Erkrankter ist die R e g e l u n g  d e r  A r b e i t von grösster Bedeutung. Das Bewusstsein, noch etwas leisten zu können, der Segen der Arbeit, ist oft das einzige, was die Kranken über Wasser hält und von dem niederschmetternden Gefühl eines verfehlten Lebens rettet. Geben die Kranken, denen es öconomisch möglich ist, ihren Beruf auf, „um etwas Rechtes und Gründliches für ihre Gesundheit thun zu können“, dann sind sie verloren. Auch einem Wechsel des Berufs, mit dem die Kranken nur sich

selbst entlaufen wollen, hat man sich zu widersetzen. Eine vortreffliche Anleitung zur Regelung der Arbeit für Gesunde und Kranke giebt Hilty in seiner Abhandlung „Die Kunst zu arbeiten".

Für Nervenkranke ist im Ganzen die Arbeit in früher Morgenstunde nicht räthlich. Häufig schlafen sie erst gegen Morgen tiefer ein. In den Morgenstunden nach dem Erwachen befinden sie sich gewöhnlich erschöpfter als am übrigen Tag. Aus diesem Grunde sind ihnen auch Frühspaziergänge nicht zu empfehlen. Im Ganzen wird der Beginn der Berufsarbeit Winters vor 9 Uhr, Sommers vor 8 Uhr nicht anzurathen sein. Dringend zu empfehlen ist ausgiebige Ruhe nach der Mittagsmahlzeit. Arbeiten nach dem Abendessen ist zu untersagen. Der Sonntag ist in der Art des englischen Sonntags als unbedingter Ruhetag anzusehen.

Auch in leichten Fällen ist es unbedingt nothwendig, dass die Arbeit durch Ferien unterbrochen wird. 2 oder 3 maliger kürzerer Urlaub ist im Ganzen einem monatelangen Ausspannen vorzuziehen. Durch ein Zerlegen des Arbeitsjahres in mehrere Abschnitte erleichtert man dem Nervösen seinen Beruf in hohem Grade.

Von Neurasthenikern und Hypochondern wird der Arzt oft gefragt, wie sie es mit der Befriedigung ihrer sexuellen Bedürfnisse halten sollen.

Meines Erachtens ist die erste Pflicht des Arztes, den Patienten darüber zu belehren, wie er starke sexuelle Erregung verhindern könne, ferner hat man ihn auf die grosse Gefahr der Infection und ihre Folgen aufmerksam zu machen. Das Uebrige ist Sache des Patienten.

Diesem direkt zu rathen, zu Dirnen und in Bordelle zu laufen, halte ich bei den Gesundheitsverhältnissen, wie sie unter den Prostituirten herrschen und den Folgen der venerischen Infection, deren vollen Umfang wir erst in neuerer Zeit anfangen kennen zu lernen, für gewissenlos.

Durch sexuelle Abstinenz sind noch nicht viele Menschen krank geworden, durch die venerische Infection ist über Tausende Krankheit und Elend gekommen, nicht nur über sie selbst, sondern auch über ihre Familien.

Ein Theil der Patienten wird die ärztliche Aufforderung als Freibrief für jede Art von Ausschweifungen ansehen, die Hypochonder und Neurastheniker werden durch den Verkehr mit Dirnen ihren hypochondrischen Kram um einen neuen Artikel bereichern, die Furcht vor der Infection.

Dass ein Neurastheniker durch liederliche Weiber geheilt worden wäre, habe ich noch nie gesehen.

Was die Ernährung der Nervenkranken betrifft, wird man im Allgemeinen sagen können, dass für die Neuropathen zu starke Eiweisszufuhr, namentlich reichliche Fleischnahrung nichts taugt. Lactovegetabilische Diät ist vorzuziehen, dabei kann einmal täglich Fleisch gegeben werden. Reichlicher Genuss von Obst und grünen Gemüsen ist sehr zu empfehlen.

Es ist dringend zu rathen, zwischen den Hauptmahlzeiten 1 bis 2 mal etwas geniessen zu lassen, am besten Milch und Obst.

Der Alkohol ist soweit thunlich zu verbieten. Absolute Abstinenz lässt sich ausserhalb der Anstalt nicht in allen Fällen durchführen, so wie die gesellschaftlichen Verhältnisse bei uns liegen. Da es sich bei Nervenkranken um Vorschriften handelt, die jahrelang oder für Lebensdauer eingehalten werden sollen, darf man den Bogen nicht zu straff anziehen.

Dasselbe gilt vom Rauchen. Wenn die Diät in der Weise geregelt wird, wie eben erwähnt wurde, wird das Bedürfniss nach Alkohol und Tabak von selbst weniger werden.

Neben der Regelung der Nahrungsaufnahme kommen besonders noch die Wasserbehandlung, Gymnastik und Elektrizität in Betracht.

Bei der Behandlung ausserhalb einer Anstalt empfiehlt es sich, die ganz einfachen Methoden anzuwenden: Morgens kalte Rumpfwaschungen, vor Tisch Vollbäder und Halbbäder mit oder ohne Douche oder kalte Uebergiessungen. Dringend ist zu rathen, nach der Nachmittagsruhe eine kalte Waschung des Oberkörpers vorzunehmen. Vor zu Bett gehen kann man Fuss- und Sitzbäder anwenden. Die Fussbäder können in kaltem Wasser genommen werden, oder als Wechselfussbäder oder heiss mit kalter Uebergiessung.

Allgemeine Regeln lassen sich bei der Verschiedenheit der Krankheitsformen und der Kranken nicht aufstellen. Im Grossen und Ganzen sind bei den Nervenkranken kurze, kühle Wasseranwendungen vorzuziehen. Bei Zuständen von Blutarmuth kann man es mit heissen Bädern versuchen.

Die Kneippische Cur hat es zur Genüge gezeigt und Strümpell betont es ausdrücklich, dass auch bei der Hydrotherapie der psychische Factor eine grosse Rolle spielt.

Die vielumstrittene Frage, ob die Elektrizität nur psychisch einwirke oder ob sie im Stande sei, krankhafte Vorgänge und Zustände des Körpers namentlich im Nervensystem unmittelbar zu beeinflussen, haben wir hier nicht zu entscheiden. Mich dünkt, die Ausführungen von Möbius haben eine schlagende Widerlegung noch nicht gefunden.

Wie sich dies auch verhalten möge, zur Zeit können wir die Elektrizität bei Behandlung der Nervenkrankheiten nicht entbehren. Wir dürfen nur nie vergessen, dass die elektrische Behandlung den Patienten Geld kostet. In Fällen, wo es sich zweifellos nur um suggestive Einwirkung handelt, haben wir deshalb die Pflicht zu überlegen, ob wir kein billigeres Verfahren anwenden können.

Auch für die Gymnastik kommen wir mit einfachen Verfahren aus. Zu empfehlen sind die Vorschriften von Schreber und die Uebungen mit dem Largiardèreschen Apparat. Man lasse — ich rede hier wieder in erster Linie von der Behandlung ausserhalb der Anstalt — die Uebungen täglich 1—2 mal, aber nur wenige Minuten lang machen,

sonst wird die Sache den Leuten langweilig und sie geben es ganz auf.

Für einzelne Fälle und wo sehr kräftige Athemübungen, Gymnastik der Bauchmuskeln u. Aehnl. angezeigt ist, sind die Zanderischen Apparate zu empfehlen. Eine genaue Dosirung der mechanischen Arbeit ist für unsere Kranken unnöthig. An einem Ruderphantom oder einem ähnlichen Apparat genügend lang und consequent zu üben, dürfte nur einem Menschen mit nicht lebhaftem Geist möglich sein.

Bei Krankheiten von so ganz besonders chronischem Verlauf, die monatelang in ärztlicher Behandlung stehen, muss man mit der Verordnung von Arzneien sparsam sein.

Wenn möglich, beschränke man sich auf die harmlosen Nervina: Baldrian-Thee, Tinctura Chinae und ähnliches.

Den meisten Anzeigen bei Neurosen, der Bekämpfung der Angstzustände, der inneren Unruhe, der Schlaflosigkeit entspricht das Brom.

Ununterbrochen sollen auch die harmlosesten Mittel nicht gegeben werden. Der Patient soll nie meinen, dass ihm irgend ein Arzneimittel unentbehrlich sei.

Die hartnäckige Schlaflosigkeit allein erfordert unter Umständen stärkere Mittel, wenn wir mit Bädern, Wickeln, dem Brom u. a. nicht mehr auskommen. Dabei muss der Grundsatz gelten, dass man ein Mittel nie längere Zeit hintereinander giebt und die Hypnotica überhaupt nur 1—2 mal die Woche verabreicht.

Die Eisenpräparate werden, darin ist Holst beizustimmen, vielfach zu lange fortgegeben. Ganz entbehrt können sie bei den häufigen anämischen Zuständen nicht werden. Besonders zu empfehlen ist hier der Gebrauch der natürlichen Eisenarsenwässer wie des Levico- und Roncegno-Wassers.

## Die Luftcurorte für Nervenkranke.

Bei der Wahl eines Erholungsortes spielen persönliche Neigung, der Geldbeutel und andere Umstände äusserer Art eine so grosse Rolle, dass es kaum möglich ist, allgemeine Regeln aufzustellen.

Im Ganzen eignet sich nach meiner Erfahrung das waldige Mittelgebirge am besten zum Erholungsaufenthalt für Nervöse. Man hat die Auswahl zwischen Schwarzwald, Harz, Vogesen, Spessart, Bayrischem Wald, den Vorbergen der Alpen, namentlich des Bayrischen Hochlands.

Es muss darauf gesehen werden, dass der Patient einfache Bequemlichkeit und gute Verpflegung hat. Die höchst primitiven Wohnungsverhältnisse in vielen Luftcurorten, die sich in Annoncen breit machen, kann der Tourist mit in den Kauf nehmen. Dem erholungsbedürftigen Nervenkranken wird zu grosse Ursprünglichkeit nicht gut bekommen. Zu bedauern ist, dass überall die hotelartige Verpflegung — häufig genug mit geringer Qualität — eingeführt ist — mit Fleischüberfütterung und Alkoholzwang. Man wird sich deshalb ab und zu entschliessen, die

Patienten an Curplätze zu schicken, in denen lactovegetabilische Diät geboten wird, auch wenn man nicht mit allen Grundsätzen, nach denen sie geleitet werden, übereinstimmt.

Höhen über 1000 Meter werden von Nervenkranken häufig schlecht ertragen, nicht selten leidet dort der Schlaf Noth. Man sei deshalb mit der Verordnung von Plätzen im Hochgebirge bei solchen Kranken vorsichtig, die die Einwirkung grosser Höhen nicht schon selbst kennen gelernt haben.

Nervenkranke zur Zerstreuung auf wechselvolle Reisen zu schicken, ist sehr thöricht. Obgleich die ungünstigen Erfahrungen auf der Hand liegen, geschieht es noch oft.

### Badecuren bei Nervenkranken.

Es giebt keine specifischen Heilquellen für Nervöse. Wir haben die Entscheidung im einzelnen Falle zu treffen, je nachdem einzelne Erscheinungen oder Complicationen besonders hervortreten.

In Betracht können kommen die indifferenten Thermen: Wildbad, Baden-Baden, Badenweiler, Liebenzell, Gastein und ähnliche.

Bei jugendlichen und anämischen Kranken können die Soolbäder in Betracht kommen. Ob wir einfache kalte Kochsalzquellen (Aibling, Berchtesgaden, Dürrheim, Schwäb. Hall, Jagstfeld, Wimpffen) oder Thermalkochsalzquellen (Baden-Baden, Wiesbaden) oder kohlensaure Kochsalzquellen (Dürkheim, Nauheim, Oeynhausen, Cannstatt-Berg) vorziehen, muss von Fall zu Fall entschieden werden.

Handelt es sich um Anämie als Ursache oder Complication der nervösen Störungen, so kommen die kohlensauren Eisenquellen in Betracht: Franzensbad, Elster, Rippoldsau, Teinach, Antogast u. s. w.

Aehnliche Anzeigen, wie für den Gebrauch der Soolbäder, bestehen für die Seebäder. Ich habe namentlich in Fällen von nervöser Anämie sehr schöne Erfolge vom Aufenthalt an der See gesehen.

Bei Neigung zu Schlaflosigkeit wirken die Nordseebäder nicht immer günstig. Hier ist die Ostsee vorzuziehen.

Soweit möglich werden wir bei der Wahl eines Bades für Nervenkranke auf schöne, namentlich waldige Umgebung zu sehen haben. Häufig werden wir in der Lage sein, hübsch gelegene Badeorte, namentlich auch die kleineren und einfacheren Plätze den sogen. Lufteurorten vorzuziehen, auch wenn wir von der Heilquelle keine Wunder erwarten. Aber der Kranke findet hier, was ihm in den Lufteurorten oft genug fehlt, gute Verpflegung und ordentliche Badeeinrichtungen.

## 4. Die Heilanstalten für Nervenkranke.

Die tägliche Erfahrung lehrt uns, dass nur die leichteren Fälle von Nervenkrankheiten mit Erfolg in ihren gewöhnlichen Verhältnissen be-

handelt werden können. Für eine grosse Anzahl ist die zeitweise Entfernung aus ihrer Umgebung die erste Bedingung der Behandlung.

Schon die äussere Durchführung der einfachsten Cur stösst zu Hause oft auf die grössten Schwierigkeiten. Weit schlimmer sind die psychischen Schädigungen, die in der Thorheit und dem Unverstand der Umgebung, in unangenehmen Familien- und Berufsverhältnissen ihren Grund haben. Der Einfluss des Arztes kann sich erst dann in vollem Umfange geltend machen, wenn er ohne schädliche Gegenströmungen das Leben und Treiben des Kranken in jeder Hinsicht bestimmen und leiten kann.

Das ist nur in Sonderanstalten möglich, die nach ärztlicher und gesellschaftlicher Richtung hin für Nervenkranke eingerichtet sind.

## Die Entwicklung der Nervenheilanstalten.

Zu den Besuchern der Wasserheilanstalten, die in den 30 er Jahren unter dem Einfluss der Wiedererweckung der Hydrotherapie durch Priesnitz entstanden sind, haben von Anfang an die Nervenkranken ein grosses Contingent gestellt. Doch wurde von Priesnitz und seinen Schülern die Behandlung anderweitiger allgemeiner Ernährungsstörungen in den Vordergrund gestellt. Erst später wurden sie in erster Linie Curorte für Nervenleidende (Krüche). Durch die üblen Erfahrungen, die man durch übertriebene Wasseranwendung bei beginnenden Psychosen namentlich bei der Paralyse gemacht hatte, kamen die Wasseranstalten etwas in Verruf.

Eine neue Bewegung entwickelte sich am Anfang der 70 er Jahre. Ihre Träger, unter denen ich Otto Müller und Walther nenne, gingen weniger von dem Gedanken an Nervenkranke — als davon aus, dass es nothwendig sei, zur Ergänzung der „geschlossenen“ Irrenanstalten „offene“ Heilstätten zu gründen, die zur Aufnahme der leichten Formen und der ersten Anfänge der Psychosen bestimmt seien. Solchen Anstalten würden sich viele zuwenden, die vor dem Odium und der Umständlichkeit, mit der der Eintritt in eine Irrenanstalt verbunden sei, zurückschreckten. Infolge dessen würden viele Geisteskranke früher in Behandlung kommen und mehr Aussicht auf Heilung haben. Für die Möglichkeit, den Kranken in Nothfällen einer Beschränkung zu unterziehen, müsste Vorsorge getroffen sein.

Diese Bestrebungen sind nicht ohne Widerspruch von Seiten der Psychiater geblieben. So hat Lähr seine Bedenken nicht verhehlt und später hat Brosius sich entschieden gegen die Behandlung der Psychosen in offenen Curanstalten gewandt. Die weitere Entwickelung der offenen Anstalten hat diesen kritischen Stimmen Recht gegeben. Die Aufnahme von Psychosen im engeren und gewöhnlichen Sinn in Nervenheilanstalten ist nur in sehr beschränktem Umfang möglich. Bei einem grossen Theil der Melancholischen steht die Gefahr des Selbstmordes der freien Verpflegung im Wege. Paranoiker, auch wenn sie harmlos sind, werden den anderen mindestens lästig. Unruhige Kranke sind ohne weiteres

ausgeschlossen. Schon die Möglichkeit einer Beschränkung ist mit dem Charakter eines offenen Nervensanatoriums durchaus unvereinbar.

Dass wir im Stande sein sollen, Melancholie, Manie oder Paralyse durch frühzeitige Aufnahme und Behandlung in einer Nervenanstalt zu heilen, glauben nicht viel Leute mehr. Thatsächlich kamen solche Kranke nicht selten in Nervenheilanstalten, weil ihr Zustand nicht richtig erkannt wurde oder nicht erkannt werden konnte. Gerade in diesen Fällen kann man sich davon überzeugen, wie die Krankheit trotz aller rationellen Behandlung, bei völliger Abhaltung aller Schädlichkeiten ihren Gang unaufhaltsam weiter nimmt.

Die Behandlung auch der leichteren Formen ausgesprochener Geistesstörung fällt den Irren-Anstalten zu. Es wäre freilich zu wünschen, dass diese über besondere Abtheilungen für leichter Erkrankte verfügten. Diese müssten von der geschlossenen Anstalt genügend räumlich getrennt sein und könnten einer freieren Hausordnung sich erfreuen als die eigentlichen Irren-Anstalten. In einigen Privat-Anstalten, die über völlig getrennte offene und geschlossene Abtheilungen verfügen, ist diesem Bedürfniss Rechnung getragen. Je freier sich in den Irren-Anstalten die Verpflegungsform entwickeln wird, um so mehr werden sie sich auch für leichte und im ersten Stadium befindliche Fälle eignen, um so mehr wird das Odium, das auf dem Eintritt in das Irrenhaus lastet, verschwinden.

Durch eine Gesetzgebung, die darauf ausgeht, die Verbringung der Kranken in die Anstalt mehr und mehr zu erschweren, wird diese Entwicklung freilich nicht gefördert werden.

Hecker, Holst, Fischer u. A. haben die Grenzen der Wirksamkeit der offenen Sanatorien genauer umschrieben. Ausser der Hysterie, Neurasthenie und Hypochondrie sind es Rückenmarkskrankheiten, besonders die Tabes, neuritische Affectionen, die Folgezustände von acuten Hirnaffectionen, die sich dafür eignen.

Hecker stellt als Bedingungen für die offenen Anstalten auf:

1. Die Patienten müssen freiwillig, mit dem Wunsche, sich ärztlich behandeln zu lassen, eintreten.

2. Die Patienten müssen Krankheitsbewusstsein und Krankheitseinsicht haben.

3. Sie müssen Herr ihrer Handlung und im Stande sein, den ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten.

4. Die Patienten dürfen keiner besonderen Aufsicht oder Ueberwachung bedürftig sein.

5. Die Patienten dürfen nicht als geistig abnorm auffallen und ihrer Umgebung nicht lästig fallen.

Grössere Sanatorien mit 50—80 Kranken haben die Vortheile, die derartige Anstalten überhaupt bieten, wenn sie ausgedehnt angelegt sind: Der Betrieb kommt billiger, eine Anzahl von Einrichtungen: Bäder, medico-mechanische Vorrichtungen, Leseräume, Spielplätze, können in vollkommenerer Weise erstellt werden als in kleineren Anstalten.

Aber in einem Punkt, vielleicht dem Wesentlichsten, sind die kleineren Anstalten im Vortheil: „Streng individualisirend“ wird nach den Prospecten in jeder Anstalt behandelt, in kleineren Anstalten für 15—20 Kranke ist dies eher möglich, lässt sich auch eine gewisse Gleichmässigkeit der Patienten nach Schwere der Krankheit und nach ihrer socialen Stellung leichter durchführen.

Die meisten der bestehenden Anstalten sind gemischt. Ich möchte besondere Anstalten für männliche und weibliche Patienten befürworten und zwar nicht nur für Unbemittelte.

Namentlich für kleinere Anstalten ist eine Trennung angezeigt. Der Betrieb ist weniger schwierig, schon mit Rücksicht auf das dienende und pflegende Personal. Andere Gründe sind zu nahe liegend, um weiterer Erörterung zu bedürfen. Man braucht dabei nicht an grobe Excesse zu denken.

Erhalten die Anstalten dadurch etwas Klösterliches, so ist das kein Fehler. Möbius und Rieger sehen klosterartige Einrichtungen als ein Bedürfniss für die nervöse Menschheit an.

Sehr gut lassen sich nervenkranke Kinder — beiderlei Geschlechts — mit erwachsenen weiblichen Kranken zusammen verpflegen.

Gross ist die Zahl der nervenkranken Kinder, die der Nervenanstalten bedürfen und solche thatsächlich aufsuchen, nicht.

Es handelt sich meist um Hysterie, leichte Formen von Epilepsie, Nervosität nach Blutarmuth, um Chorea oder leichte Psychosen, ab und zu auch um chronische, organische Erkrankungen des centralen Nervensystems.

Für einen langen Aufenthalt wäre in den meisten Fällen eine Organisation des Unterrichts nöthig, wie sie sich in Nervenheilanstalten nicht durchführen lässt. Doch ist es wünschenswerth, dass einzelne Anstalten Nervenkranken jugendlichen und kindlichen Alters geöffnet bleiben, so lange Epileptiker- und Idiotenanstalten noch keine genügend abgetrennten Abtheilungen für leichter Erkrankte haben.

## Die Einrichtung und der Betrieb der Nervenheilanstalten.

Es versteht sich von selbst, dass die Anstalt in erfreulicher landschaftlicher Umgebung liegen soll, nicht an einer grossen Heerstrasse und nicht zu weit von einer grösseren Stadt.

Nach einer Seite hin soll das Haus freien Ausblick gewähren auf See oder Land. Es soll in einem grossen Garten oder Park liegen; womöglich in der Nähe des Waldes.

Die Anlage des Gebäudes soll der eines bequem eingerichteten Privathauses entsprechen. Die Zimmer seien behaglich eingerichtet ohne unnöthige Möbel, ohne „Nippes“ und ohne vielen Wandschmuck.

Nothwendig ist eine Anzahl grösserer und kleinerer Gesellschaftsräume, ausser dem Speiseraum, so dass die Kranken Gelegenheit haben,

sich einzeln oder in kleinen Gruppen abzusondern; auch im Park oder Garten muss dazu Gelegenheit gegeben sein.

Besondere Sorgfalt ist auf die Einrichtung der Baderäume zu verwenden, namentlich sollen sie eine ordentliche Grösse haben. Complicirte Einrichtungen sind nicht nöthig. Die besten Badewannen sind die englischen Porcellanwannen oder Bassins von Marmor oder glasirten Platten. Diese Platten eignen sich auch am besten zur Auskleidung der Wände des Baderaums. Ueber die Einzelheiten der Einrichtungen für Hydrotherapie giebt v. Hoeslin in seiner „Allgemeine Hydrotherapie" erschöpfende Auskunft.

Centrale Heizung des Hauses ist wünschenswerth; für grosse Anstalten ist die Niederdruckdampfheizung das beste System, für kleinere Häuser ist das Warmwassersystem zu empfehlen. Es gestattet, in allen möglichen Abstufungen nach den Schwankungen der Jahreszeit die Zimmerräume zu reguliren. Da zu einem Theil der Wärmeproduction das Heerdfeuer benutzt wird, kann man an einzelnen rauhen Tagen und in den Uebergangszeiten warme Zimmer bekommen, ohne dass man einen umständlichen Apparat in Gang zu setzen braucht.

In einer gemischten Anstalt lässt sich das Programm der Unterhaltungen und Vergnügungen reicher gestalten, als in Sanatorien, die nur Männer oder Weiber aufnehmen. Ich halte das für keinen Vortheil. An geselligen Vergnügungen grösseren Stils hat es der Mehrzahl unserer Patienten nicht gefehlt. Sind sie in eine Nervenheilanstalt eingetreten, so sollen sie wissen, dass sie in einer Krankenanstalt sind, um gesund zu werden und nicht um sich zu amüsiren. Stets wird eine Anzahl von Patienten da sein, die Vergnügungsarrangements peinlich und schmerzhaft empfinden, wenn sie sich nicht betheiligen und doppelt, wenn sie sich verpflichtet fühlen, Theil zu nehmen. Dasselbe gilt — nebenher gesagt — auch von den „Festen" in den Irrenanstalten. Was unsere Kranken bedürfen, ist innere und äussere Ruhe, ein Tageslauf in gleichmässig geregeltem Gang. Langeweile braucht deshalb noch lange nicht zu herrschen. Die Cur selbst füllt einen Theil des Tages aus, die übrige Zeit kann mit leichter Lectüre, Spazierengehen, einfachen geselligen Spielen zugebracht werden und in manchen Fällen mit Arbeit.

Die Ernährung der Kranken in den Anstalten soll nach denselben Grundsätzen eingerichtet sein, die für Nervenkranke überhaupt gelten und über die wir schon gesprochen haben. In den meisten Anstalten ist die Verpflegung zu fleischreich, sie erinnert, wie Möbius mit Recht sagt, oft recht bedenklich an ein Hotel.

Es giebt keine Nervenkrankheit, bei der der Alkohol nützt, viele, bei denen er schadet. In der Privatbehandlung Nervenkranker stösst das völlige Verbot oft auf unüberwindliche Hindernisse. In den Anstalten sind diese nicht vorhanden. Dem einen Kranken Alkohol zu gestatten, dem andern zu verbieten ist unstatthaft. Geistige Getränke sind also aus den Anstalten gänzlich zu verbannen. Man muss darauf in den Prospecten aufmerksam machen. Auf die Patienten, die sich dadurch vom Eintritt

abhalten lassen, kann man verzichten. Zum Ersatz des Alkohols dienen die natürlichen und künstlichen Mineralwässer, in denen man ja grosse Auswahl hat und die alkoholfreien Fruchtsäfte.

### Die medicinische Behandlung.

Für die ärztliche Behandlung im engeren Sinn gelten in Anstalten dieselben Grundsätze, die schon erörtert worden sind. Die psychische Behandlung im weitesten Wortsinn und die hygienische Regelung des Tageslaufes lassen sich hier viel strenger durchführen als in der Privatpraxis.

Für die Wasser- und elektrische Behandlung gilt dies noch besonders. Die Anstalten müssen in dieser Richtung vollkommen ausgestattet sein.

Bei einem grossen Theil, namentlich den weiblichen Patienten, ist unsere hauptsächlichste Aufgabe, den gesammten Ernährungszustand zu heben. Dies wird am besten erreicht indem man — neben gesteigerter Nahrungszufuhr — den Patienten in grösster Ruhe hält. Die planmässige Entwicklung dieses Verfahrens ist mit den Namen Playfair und Weir-Mitchell verknüpft. Es in seiner strengsten Observanz durchzuführen — unbedingter Abschluss gegen die Aussenwelt, völlige Vermeidung jeder Art Thätigkeit, ja fast jeder Bewegung — ist nicht oft nöthig. Unbedingt nöthig, auch bei leichteren Fällen, ist der Abschluss gegen die Angehörigen, in deren Umgebung der Kranke bisher gelebt hatte, Bettruhe und reichliche Milchfütterung.

Durch grosse Gaben von Leberthran wird die Cur erfolgreich unterstützt.

Womöglich bringe man den Patient im Bett oder auf dem Liegstuhl für den ganzen Tag ins Freie oder auf eine offene Veranda.

### Anleitung zur Arbeit in den Nervenanstalten.

Wir haben auf die Arbeit von Möbius öfters Bezug genommen. Sie enthält eine Reihe geistvoller und origineller Gedanken über Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nerven-Anstalten. Das Wichtigste und praktisch Werthvollste, was M. vorbringt, ist die Behandlung der Nervenkranken durch Arbeit und die Errichtung von Anstalten, die auf diesem Princip gegründet sind. Rieger hat der Schrift von Möbius eine eingehende und interessante Besprechung zu Theil werden lassen, in der die Frage der Beschäftigung Nervenkranker zum Theil von anderer Seite her beleuchtet wird.

Möbius giebt auf die Frage, wie findet der Kranke Ruhe und Seelenfrieden, die Antwort: durch Arbeit. Wir haben es schon ausgesprochen, dass ein grosser Theil der Nervenkrankheiten nicht durch Ueberbürdung entsteht, sondern auf dem Boden eines beruflosen Lebens oder eines unbefriedigenden Berufes.

In wie weit sind nun die Nervenheil-Anstalten in der Lage, den Kranken an Arbeit zu gewöhnen? So wie die Verhältnisse heut zu Tage

liegen, braucht ein grosser Theil derer, die Anstalten aufsuchen, körperliche Ruhe und systematische ärztliche Behandlung. Ich erinnere an die grosse Menge erschöpfter „blutarmer“ Nervenkranker weiblichen Geschlechts. Bei ihnen kann von systematischer Beschäftigung, die als Arbeit anzusehen wäre, nicht die Rede sein.

Sind die Kranken dieser Art soweit hergestellt, dass sie arbeiten können, so verlassen sie die Anstalt, um in ihren früheren Wirkungskreis zurückzukehren. Ist dieser unbefriedigend, so können wir das bedauern, aber wir stehen Verhältnissen gegenüber, deren Aenderung meist ausserhalb unseres Einflusses steht.

Für die nicht grosse Zahl arbeitsfähiger weiblicher Kranker ist es schwer, Arbeit zu schaffen. Die Betheiligung am Anstaltshaushalt ist aus vielen Gründen nicht statthaft, Feld- und Gartenarbeit kann nur in beschränktem Maass in Betracht kommen. Rieger will die weiblichen Patienten zu wissenschaftlichen Handlangerdiensten herangezogen wissen — nicht viele werden sich dazu eignen und die Arbeitsgelegenheit ist nicht gross.

Möbius betont auch ausdrücklich, dass er bei seinen Vorschlägen männliche Kranke im Auge habe. Unter diesen befindet sich zweifellos eine grössere Anzahl, die beschäftigt werden kann und für die Arbeitsgelegenheit leichter als für Weiber zu beschaffen ist.

Es liegt eine Mittheilung vor — eine Dissertation von H. Monnier —, in der über die Ergebnisse der Arbeitsbehandlung bei Neuropathen berichtet wird. Diese Erfahrungen stammen aus „dem Beschäftigungsinstitut für Nervenkranke“, das Ingenieur Grohmann in Zürich gegründet hat und leitet. Neben der Gärtnerei hat Grohmann namentlich mit der Tischlerei gute Erfahrungen gemacht. Es giebt in seiner Anstalt ausserdem Arbeitsgelegenheit in der Typographie, im Zeichnen, Modelliren und in Tapeziergeschäften. Monnier fasst die Ergebnisse dahin zusammen:

1) Durch zweckmässige manuelle Arbeit kann man in vielen, besonders frischen Fällen die Erscheinungen der Hysterie und Neurasthenie zum Schwinden bringen.

2) Die Schwachsinnigen, die Psychopathen und die Trinker werden je nach der erblichen Belastung, je nach der Dauer der Erkrankung an regelmässige Arbeit gewöhnt, die auf sie und ihre Umgebung den besten Einfluss ausübt.

3) Die Hypochonder und Paranoiker ziehen meist nur geringen Vortheil aus ihrer Arbeitscur.

Ein wichtiger Punkt ist der Anstoss zur Erlernung eines Berufes.

Die Erfahrungen sind noch nicht genügend, um sich ein Urtheil über die Heilwirkung, über den dauernden Nutzen der Beschäftigungscur zu bilden; sie sind aber derart, dass sie zu weiterem Fortschreiten auf diesem Wege ermuthigen.

Rieger macht den Einwurf, dass für einen Mann, der in seinem Beruf neurasthenisch geworden ist, z. B. einen Kaufmann, damit nicht

viel gewonnen werde, wenn er lerne, Handlangerdienste in der Gärtnerei zu verrichten. Darauf ist zu erwidern, dass es eine ganze Anzahl Neuropathen giebt, die die Arbeit gar nie kennen gelernt haben. Für solche ist es von grossem Werth, dass sie überhaupt an irgend eine nützliche Thätigkeit gewöhnt werden. Welcher Art diese ist, ist zunächst gleichgültig, wenn sie nur arbeiten lernen. Sicher wird auf die meisten die Handarbeit körperlich heilsam und psychisch befriedigend einwirken. Der ganze Ton der Anstalt wird durch einen regelmässigen ernsthaften Arbeitsbetrieb höchst wohlthätig beeinflusst werden. So verdient die Anregung, die Möbius zunächst theoretisch, Grohmann praktisch gegeben hat, die grösste Beachtung.

In den Anstalten, wie sie jetzt sind, wird einer ernsthaften Arbeitsorganisation im Wege stehen, dass die meisten Patienten nur kurz in der Anstalt bleiben. Das hängt zum Theil damit zusammen, dass die Sanatorien, wie sie gegenwärtig eingerichtet sind und betrieben werden, gar nicht billig sein können. So wird die Arbeitsbehandlung in grösserer Ausdehnung erst in Anstalten zur Ausführung gelangen, die auf einem ganz anderen Fuss eingerichtet sind. Wir werden darauf zurückkommen.

## Das Pflegepersonal.

In Nervenanstalten hat man weniger Schwierigkeit, brauchbares Pflegepersonal zu erhalten, als in Irren-, Idioten- und Epileptikeranstalten. Die Beschaffenheit des Personals spielt keine so grosse Rolle, auch sind die Leute besser bezahlt, als in grossen öffentlichen Anstalten. Unter dem Personal müssen gelernte Masseure und Masseusen und in der Wasserbehandlung geschulte Leute sein.

Dass die Patienten Verwandte oder pflegende Personen in die Anstalt mitbringen, halte ich für durchaus unthunlich. Am ehesten geht es mit einfachen Pflegerinnen bei schwer körperlich Kranken, auf deren Bedürfnisse sie genau eingeschult sind. Handelt es sich mehr um eine Gesellschafterin, so wird die Sache schwierig. Ich habe, im Gegensatz zu Fischer in Constanz, nur üble Erfahrungen damit gemacht. Der Kranke kommt in erster Linie deshalb in die Anstalt, um den bisherigen Einflüssen entzogen zu werden. Mit den begleitenden Personen wandert ein Theil der ungünstigen häuslichen Verhältnisse in die Anstalt hinein. Dem Arzt wird ein energisches Vorgehen erschwert, der Kranke wird in seinen Autosuggestionen über das, was ihm gut thut und was nicht, bestärkt.

Eine Gesellschaftsperson hat zudem oft ein unmittelbares Interesse daran, dass der Patient im Zustand der Abhängigkeit und Hilflosigkeit bleibe. Die Folge davon ist ein passiver Widerstand, der den ärztlichen Anordnungen entgegengesetzt wird.

## Die Dauer des Anstaltsaufenthaltes.

Für die Dauer des Anstaltsaufenthaltes lassen sich keine allgemeinen Regeln aufstellen. Stintzing meint, was in 4—6 Wochen nicht erreicht werde, werde auch in längerer Zeit nicht erzielt. Für die Mehrzahl der Kranken, die die Anstalten aufsuchen, ist diese Zeit zu kurz.

Gewiss kann ein zu langer Aufenthalt schädlich sein. Nicht wenig Kranke warten auf eine förmliche Euphorie, um sich für gesund halten zu können, andere haben alle Neigung, sich in dem angenehmen Anstaltsleben dauernd behaglich zu fühlen. Derartige Patienten muss man mit kräftigem Zuspruch in ihren Beruf zurückschicken. Hat man den Eindruck, dass sich der Einfluss des Arztes erschöpft hat oder dass es ihm aus irgend einem Grunde nicht gelungen ist, den Patienten ordentlich in die Zügel zu bekommen, ist es Pflicht und nicht unpolitisch, selbst einen Wechsel des Aufenthaltes und des Arztes in schicklicher Weise einzuleiten.

## Nervenheilanstalten für Unbemittelte.

Die Nervenheilanstalten, wie sie heute in grosser Zahl bestehen, sind nach Anlage und Art des Betriebes nur den Vermöglichen zugänglich. Das Bedürfniss nach Sanatorien für Unbemittelte hat sich schon längst geltend gemacht und wir haben in der Praxis oft genug Anlass ihr Fehlen zu bedauern. Es sind zweierlei Wege denkbar, auf denen wir zu einer geeigneten Unterbringung dieser Kranken kommen können. Erstens durch Errichtung von Heilanstalten, die ausschliesslich für Nervenkranke bestimmt sind, zweitens durch Gründung von Sanatorien, deren Rahmen weitergefasst ist und in denen auch chronisch Kranke anderer Art Aufnahme finden.

Ueber Nervensanatorien im engeren Sinne hat Benda im Jahre 1897 geschrieben und Möbius in seiner schon oft erwähnten Arbeit aufs Neue Anstoss dazu gegeben. Benda denkt sich solche Anstalten eingerichtet in der Art von Wasserheilanstalten, ausgerüstet mit allen Erfordernissen eines wissenschaftlich geleiteten Sanatoriums. Besonders wird die Nothwendigkeit betont, den Kranken Gelegenheit zu Feld- und Gartenarbeit zu geben.

Möbius stellt die Beschäftigung als das wesentlichste Heilmittel in den Vordergrund. Er denkt sich die Sache so, dass man ein Landgut kauft, dieses einem Pächter überträgt, mit der Bedingung, dass er nach ärztlicher Anordnung die Kranken beschäftigt. Garten, Feld, Wald, Obstbaumzucht, Thierzucht samt den Handwerksbetrieben, die mit der grösseren Oeconomie zusammenhängen, würden reichliche und vielfache Arbeitsgelegenheit bieten.

Die Anstalt müsste gute Luft, reichliches Wasser, saubere Einzel- und Gesellschaftszimmer bieten, im übrigen so einfach wie möglich ein-

gerichtet sein, ebenso die Verpflegung. Alcohol dürfte nicht gegeben werden.

Möbius denkt zunächst nur an Anstalten für männliche Kranke.

Die Mittel sollen beschafft werden durch die private Wohlthätigkeit, Gründung einer Art Actiengesellschaft, die sich mit geringem Zinsgewinn oder der allmählichen Tilgung der Schuld begnügen würde. Auch einzelne Gesellschafts-Gruppen, Lehrer, Beamte könnten an Errichtung solcher Anstalten denken. Ferner könnten sich Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten, Krankenkassen mittelbar und unmittelbar daran betheiligen.

Der Gedanke von Möbius ist richtig und fruchtbar. Einige Bedenken gegen die practische Ausführung des Plans lassen sich nicht unterdrücken. Möbius hat die landwirthschaftliche Colonie der Irren-Anstalt im Auge. Aber die Irrenanstalt verfügt über einen Stamm arbeitsfähiger Insassen, der jahrelang bleibt. In der Nervenheilanstalt wechseln die Patienten. Beim Betrieb der Wirthschaft kann man sich auf ihre Mithülfe nie ganz verlassen, da die Arbeit durchaus freiwillig ist. Das wird wieder zur Folge haben, dass man gerade die wichtigen und befriedigenderen Theile der Arbeit den Patienten wird selten übertragen können. Ich habe noch ein anderes Bedenken. Gerade die ungebildeteren, an grobe Muskelarbeit gewöhnten Besucher dieser Anstalt werden wenig geneigt sein, Arbeit zu leisten: „das können wir zu Hause haben, dazu sind wir nicht da". Auseinandersetzungen über den „Gesundheitswerth und den Segen der Arbeit" werden nicht viel zugänglich sein. Man denke an das trostlose Gebiet der Unfallsneurosen, die man unmöglich von diesen Anstalten wird fern halten können.

Diese Bedenken sind aber keineswegs so schwerwiegend, dass man nicht dringend zu einem Versuch rathen könnte. Es ist mit Freuden zu begrüssen, dass die Gründung einer Anstalt im Sinne von Möbius in nächster Zeit begonnen werden wird.

Wenn einmal die Probe mit Erfolg gemacht worden ist, so werden die Mittel zu weiteren Gründungen auf dem einen oder anderen Wege zu beschaffen sein. Mit einer Categorie von Anstalten wird man nicht auskommen, eine sociale Scheidung ist unumgänglich nothwendig. Denn Einführung verschiedener Verpflegungsweisen in ein und derselben Anstalt führt zu Missständen, verteuert den Betrieb und macht ihn umständlicher.

Analoge Anstalten für weibliche Patienten zu gründen, wäre sehr dankenswerth. Ueber die Schwierigkeit Nervenkranke weiblichen Geschlechts in den bis jetzt bestehenden Nervenanstalten zu beschäftigen haben wir oben gesprochen. Man könnte daran denken für neurasthenische Mädchen eine Art Haushaltungsschule zu schaffen. Diese müsste von vornherein darauf eingerichtet sein, dass man es nicht mit vollen Arbeitskräften zu thun hat. In Württemberg giebt es eine solche Anstalt zunächst noch in bescheidenem Umfang[1]). In der Nähe von Berlin besteht eine

---

[1]) In Lauffen a. N. in der „Villa Friedland".

Gärtnerei zur Beschäftigung von Mädchen gebildeter Stände. Näheres konnte ich nicht darüber erfahren.

Die zweite Art von Sanatorien, wie sie Pelizäus u. A. befürworten soll alle chronische Krankheiten umfassen, die eine vorübergehende Entfernung des Kranken aus seinen häuslichen Verhältnissen wünschenswerth erscheinen lassen. Pelizäus führt neben den Nervenkrankheiten noch rheumatische Leiden, Ohren-, Magen- Darmaffectionen, Emphysem, einfache Catarrhe und Herzaffectionen als die Krankheiten an, die hier in Betracht kommen. Ausgeschlossen müssten sein Tuberculose, Hautkrankheiten, chirurgische Affectionen. Zu solchen Sanatorien werden sich Krankenkassen, Berufsgenossenschaften etc. fürs Erste eher entschliessen als zu ausschliesslichen Nervenheilanstalten. In der That bestehen auch schon ähnliche von Krankenkassen gegründete Anstalten. Davon wird in einem besonderen Theil dieses Werkes die Rede sein.

Auch hier müsste für unbemittelte Kranke besserer Stände gesorgt werden. Anfänge hierzu sind ebenfalls schon gemacht; so wird in diesem Jahre noch in Freudenstadt im Württembergischen Schwarzwald ein Erholungshaus errichtet werden, in dem bei überaus netter und behaglicher Einrichtung und guter bürgerlicher Verpflegung ein bescheidener Pensionspreis bezahlt wird.

Weitere Vorgänge hat man in den Häusern und Instituten, die z. B. die Lehrer in einzelnen Bädern errichtet haben.

---

## Die Fürsorge für Epileptische.

Die Krankheitsformen, die man unter dem Namen der Epilepsie zusammenfasst, nehmen eine hervorragende Stelle unter den Erscheinungen des kranken Lebens ein. Dies ist bedingt durch ihre weite Verbreitung, das Schreckhafte ihrer Aeusserung, die Häufigkeit der Geistesstörungen, die sie im Gefolge haben, den eigenartigen Wechsel von Zeiten schwerer Erkrankung und scheinbarer Gesundheit.

In der medicinischen Wissenschaft wie in dem Aberglauben der Völker hat die Fallsucht zu allen Zeiten eine grosse Rolle gespielt.

Kein Leiden, von ausgesprochener Geistesstörung abgesehen, schädigt den Menschen in seinen socialen Beziehungen so, wie die Epilepsie.

Bei den Aufgaben, die uns von der Humanität und von der Wissenschaft gegenüber der Fallsucht gestellt werden, handelt es sich deshalb nicht nur um ärztliche Behandlung im engern Sinn, sondern wie in der Psychiatrie, um die Fürsorge für eine grosse Gruppe von Kranken, die der Gesellschaft hilflos oder gefährlich gegenüberstehen.

### 1. Die Krankheitserscheinungen bei der Epilepsie.

Der Name Epilepsie wird für Zustände gebraucht, die pathologisch durchaus verschieden sind.

Wir haben zu unterscheiden:

Die echte Epilepsie, Epilepsia vera (idiopathische Epilepsie).

Die Epilepsie nach Vergiftungen besonders des Alkohols, die sich klinisch in ähnlicher Weise äussert.

Die Rindenepilepsie (Epilepsia corticalis) in Folge von Heerderkrankungen des motor. Rindengebietes. Eine häufige Form der Rindenepilepsie ist die Fallsucht nach Polioencephal. infantil.

Die Reflexepilepsie, die von der krankhaften Reizung eines peripheren Nerven ihren Ursprung nimmt.

Die häufigste von diesen Krankheiten ist die echte Fallsucht, zu ihr gehören ca. 80 pCt. aller dieser Krankheitsformen. Ihr zunächst steht die Epilepsie nach Polioencephalitis mit 14 pCt., seltener sind die andern Formen der Rindenepilepsie, überaus selten ist die Reflexepilepsie.

Um die echte Epilepsie wird es sich bei den folgenden Ausführungen im Wesentlichen handeln. Bei den grösseren Zählungen sind die einzelnen Formen nicht geschieden. Im Vergleich zu andern Fehlerquellen in der Statistik kommt dies nicht in Betracht.

Das Wesentliche der genuinen Epilepsie sind periodisch auftretende Anfälle von krankhafter Veränderung des Bewusstseins, die häufig von tonischen und klonischen Krämpfen der Musculatur begleitet ist.

In den meisten Fällen führt die Epilepsie zu dauernder Geistes-

störung. Die besteht im Wesentlichen in einer intellektuellen Schwäche in allen Abstufungen, von der leichten Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit bis zu völliger Verblödung. Damit geht nicht selten eine krankhafte Veränderung des Charakters Hand in Hand. Schwere Formen sittlicher Verwilderung sind nicht so häufig, wie gemeinhin angenommen wird.

Die dauernde intellektuelle und sittliche Abstufung stellt die epileptische Degeneration dar.

Neben der dauernden Entartung kommen bei der Epilepsie häufig mehr oder weniger acut verlaufende geistige Störungen vor. Für einen grossen Theil von ihnen ist — nach Siemerling's Definition — die Hauptsache: eine traumhafte Veränderung des Bewusstseins von verschiedener Dauer und Form, mit oder ohne Sinnestäuschungen, mit erloschener oder nur getrübter Erinnerung. Diese Dämmerzustände sind besonders gefürchtet, weil die Kranken während ihrer Dauer nicht selten schwere Gewaltthaten verüben.

Die acuten Psychosen können sich an ausgebildete Anfälle anschliessen oder als Aequivalente für sie auftreten. In seltenen Fällen stellen sie die einzige Aeusserung der Epilepsie dar.

Wir beobachten bei der Epilepsie auch acute psychische Störungen ohne Aenderung des Bewusstseins. Sie treten stets im Zusammenhang mit Anfällen auf, entweder so, dass die Stimmung über die ganze Zeit einer Anfallsgruppe krankhaft verändert ist oder so, dass die Verstimmung vor dem Anfall sich anders äussert als nachher.

## 2. Das Wesen und die Ursachen der Epilepsie.

Wir haben hier 2 Fragen zu unterscheiden:

1. Welcher Theil des Gehirns ist der Ausgangspunkt der epileptischen Zustände und worin besteht seine krankhafte Veränderung?

2. Was ist die Ursache der anatomischen oder functionellen Störung dieses Hirntheiles?

Ueber die Frage nach dem Ausgangspunkt bestehen im wesentlichen 3 Theorien:

Die medulläre Theorie, die hauptsächlich von Nothnagel in Weiterentwicklung der Kussmaul-Tennerischen Lehre vertreten ist, nimmt an, dass der epileptische Anfall durch einen Krankheitsheerd in den basalen Hirntheilen, speciell im verlängerten Mark und der Brücke entstehe. Diese Erkrankung führe zu einer periodischen Reizung des vasomotorischen Centrums in der Medulla und eines „Krampfcentrums" in der Brücke. Die Hauptsymptome des epileptischen Anfalls, die Bewusstlosigkeit als Ausdruck der Blutleere in der Hirnrinde und die allgemeinen Krämpfe seien die Folgen dieser Reizung.

Dieser Annahme gegenüber steht die corticale Theorie, die in Unverricht einen sehr entschiedenen Vertreter gefunden hat. Nach

dieser Theorie, die sich besonders auf Thierversuche stützt, ist die krankhaft veränderte Hirnrinde der primäre Ausgangspunkt des epileptischen Anfalls. Zwischen der idiopathischen und der sogenannten partiellen, cortikalen Epilepsie bestehe kein grundsätzlicher Unterschied.

Nach anderen Theorien ist ein gemischter Ursprung anzunehmen. Entweder nimmt man an, dass eine primär in der Hirnrinde enstandene Erregung sich basalwärts fortpflanze und intracorticale Krämpfe hervorrufe, oder es wird angenommen, dass die primäre krankhafte Erregung in der Medulla ihren Sitz habe und in periodischer Weise zur Reizung des vasomotorischen Centrums führe. Die in Folge dessen die Hirnrinde befallende Ernährungsstörung rufe die Veränderung des Bewusstseins und je nachdem auch tonische und klonische Krämpfe hervor.

Es ist hier nicht der Ort, näher auf diese Theorien einzugehen. Ich möchte hier nur im Gegensatz zu Unverricht betonen, dass klinisch ein einschneidender Unterschied zwischen der eigentlichen und der sogenannten Jacksonischen Epilepsie besteht.

Ueber das eigentliche Wesen der Epilepsie wüssten wir selbst dann noch nichts, wenn wir den Ausgangspunkt des einzelnen Anfalls im Gehirn genau kennen würden. Die anatomische Untersuchung hat uns noch keine Veränderung im Gehirn gezeigt, die für Epilepsie irgend wie charakteristisch wäre.

In neuerer Zeit hat sich die Forschung nach dem Wesen der Epilepsie in anderer Richtung bewegt. Die Zahl der Aerzte wächst, die die Fallsucht als die Folge einer Vergiftung ansehen, bedingt durch Anhäufung giftiger Stoffwechselerzeugnisse im Blut. Das Auftreten epileptischer Anfälle bei Urämie und anderen toxischen Zuständen legt diesen Gedanken nahe. Krainsky hat geradezu ausgesprochen: „Die Epilepsie ist keine Krankheit des Nervensystems, sondern des Stoffwechsels.“

Dass das Blut und die Absonderungen der Fallsüchtigen giftig seien, ist ein uralter Volkglaube. Voisin, Abundi, Legrein, Krainsky haben die Toxität des Blutes und der Sekrete wissenschaftlich festgestellt.

Ueber die Natur dieses Giftes ist noch nichts Sicheres bekannt. Haig hat die Anfälle der Hermicranie, wie die der Fallsucht aus einer Anhäufung von Harnsäure im Blut zu erklären gesucht. Er hatte gefunden, dass die Harnsäuremenge vor dem Anfall sinkt und nachher steigt. Herter hat dies mit einigen Einschränkungen bestätigt und auch Ackermann neigt sich dieser Ansicht zu. Nach Krainsky ist der Zusammenhang zwischen der Harnsäuremenge und dem Anfall so regelmässig, dass man aus der Verminderung der Harnsäureausscheidung seinen Eintritt vorhersagen kann. Nach Krainsky besteht das Wesen der Epilepsie nicht in einer Retention der Harnsäure, sondern in einer Umgestaltung ihrer Entstehungsweise. Auf Grund von Versuchen und von theoretischen Erwägungen, kommt er zu dem Schluss, dass das Gift im Blut der Epilepsie das Ammoniak und zwar das carbaminsaure Ammoniak sei.

Was ist Ursache dieser Stoffwechselanomalie. Kr. glaubt aus seinen Versuchen entnehmen zu dürfen „dass das einem Epileptiker in der Periode des schweren Anfalls entnommene Blut nicht allein eine toxische Wirkung in Folge der in ihm enthaltenen Giftmenge ausübe, sondern auch die Eigenschaft besitze, im Organismus des Kaninchens, dem es injicirt wurde, eine periodische Production desselben Giftes hervorzurufen, welches im Blut enthalten ist. Diese Wirkung erinnert einigermassen an diejenige des Ferments".

Damit wäre experimentell der Gedanke nahe gelegt, den verschiedene klinische Erscheinungen der Epilepsie in uns hervorrufen, dass die letzte Ursache der Fallsucht exogenen infectionsartigen Ursprungs sei, ein Gedanke, den ich in einer früheren Veröffentlichung ausgesprochen habe.

Die Forschungen über die Stoffwechsel-Anomalien bei Epilepsie stehen noch in ihren Anfängen. Aber ihre Ergebnisse lassen schon jetzt vermuthen, dass in dieser Richtung die Zukunft der Pathologie — vielleicht auch der Therapie der Fallsucht liege.

Nach dem gegenwärtigen Stand unseres Wissens können wir die Epilepsie nicht als etwas rein Symptomatisches auffassen und in die allgemeine Pathologie verweisen. Wir müssen die echte, die idiopathische Epilepsie als Krankeit sui generis ansehen.

## Die Heredität bei der Epilepsie.

So verschieden die Ansichten über das Wesen und die eigentlichen Ursachen der Epilepsie noch sind, das steht fest, dass sich die Krankheit in der Mehrzahl der Fälle, in mindestens 60 pCt. auf dem Boden erblicher Belastung entwickelt. Nach meiner Erfahrung ist das Verhältniss der einzelnen Formen der Belastung folgendes:

Es fand sich in der Ascendenz der belasteten Fälle.

| | | |
|---|---|---|
| Geisteskrankheiten | in | 29 pCt. |
| Trunksucht und moralische Entartung bei den Eltern | „ | 21 „ |
| Epileptische Zustände | „ | 19 „ |
| Andere Neurosen | „ | 18 „ |
| Organische Krankheiten des Gehirns | „ | 13 „ |

Die Häufigkeit der erblichen Belastung, die statistisch zu erheben ist, bleibt hinter der Wirklichkeit bestimmt zurück.

Dass Tuberculose in der Ascendenz der Epileptischen besonders häufig sei, konnte ich nicht finden.

Das männliche Geschlecht scheint für die Epilepsie etwas mehr veranlagt als das weibliche.

Ueber das Lebensalter, in dem die Epilepsie zum Ausbruch kam, fand ich folgendes:

Die Krankheit trat auf:

| | | |
|---|---|---|
| vom 1. bis 5. Lebensjahre | in | 34,5 pCt. |
| „ 1. „ 15. „ | „ | 75,5 „ |
| „ 1. „ 20. „ | „ | 82,2 „ |

Tigges, Pelmann, Mendel geben für die Entstehungszeit vom 1. bis 20. Lebensjahre etwas kleinere Zahlen, im Durchschnitt 70 pCt., an.

In wie weit die sociale Stellung, der Beruf und Aehnliches Einfluss auf die Entstehung der Epilepsie haben, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden.

Irgend eine wesentliche Bedeutung scheinen diese Verhältnisse nicht auszuüben.

### Individuelle prädisponirende Umstände.

Als Ursachen, welche den Einzelnen für die Entstehung der Epilepsie geneigt machen, hat man allgemeine Ernährungsstörungen jeder Art angeführt: Blutarmuth, Rhachitis, Scrophulose; sie haben mit der Entstehung der Epilepsie so wenig zu thun, wie Kummer, Sorge oder geistige Ueberanstrengung.

Sicher ist, dass sich die Epilepsie nicht selten im Anschluss an acute Infectionskrankheiten entwickelt. In erster Linie kommt hier Scharlach, in zweiter Typhus.

Zweifelhafter ist der Einfluss von Schädeltraumen und von Gehirnerschütterung. Nur in ganz seltenen Fällen konnte ich sie zweifellos als Ursache der echten Epilepsie feststellen. Ein bemerkenswerther Unterschied von der Hysterie und der corticalen Epilepsie!

Wie erwähnt treten epileptische Anfälle nicht ganz selten als eines der Symptome der chronischen Alcoholvergiftung auf, namentlich in den Gegenden, in denen viel Schnaps getrunken wird. Selten ist die Bleiepilepsie.

In 85 pCt. der Fälle habe ich eine unmittelbare Ursache nicht auffinden können. Die Angehörigen und die Kranken selbst sind darum selten verlegen. Nach Allem greift man lieber, ehe man eine erbliche Anlage zugiebt. Meist findet man, dass vor dem Eintreten der Ursache irgend eine Form des petit mal vorhanden war, das wenig beachtet oder in seiner Natur nicht erkannt worden ist.

## 3. Die Verbreitung der Epilepsie.

Soweit unsere Kenntniss reicht, kommt die Epilepsie in allen Zonen und bei allen Rassen vor. Nennenswerthe Unterschiede nach Klima und Bodenbeschaffenheit bestehen nicht. In einzelnen nordischen Ländern, Grönland, Scandinavien, den Ostseeprovinzen soll die Fallsucht besonders häufig sein. Statistische Angaben konnte ich nicht darüber finden. In Frankreich scheinen die alpinen und subalpinen Departements mehr heimgesucht als die anderen. Man könnte vermuthen, dass hier cretinistische Entartung die Anlage zur Fallsucht begünstige.

Bei Zählungen in grossen Bezirken muss man von vornherein darauf verzichten, die Anzahl aller in medicinischem Sinn Epileptischen mit

einer mehr als annähernden Sicherheit zu erfahren. Die leichten Fälle werden häufig verkannt, die schwereren gern verschwiegen.

Trotzdem haben diese Zählungen grossen Werth. Denn gerade die Fälle, die der öffentlichen Fürsorge besonders bedürfen, sei es wegen der Schwere der Erkrankung oder wegen der socialen Stellung des Patienten, werden meist gezählt werden.

Hier mögen die Ergebnisse einiger Zählungen folgen.

In Württemberg hat eine Zählung, die im Jahre 1862 in 5 Oberämtern aus den 4 Kreisen des Landes angestellt wurde, 0,93 Epileptische auf 1000 Einwohner ergeben; eine Zählung im Jahre 1878 1,08 : 1000.

Die Zählung in der Rheinprovinz im Jahre 1881, von Pelmann als ungenügend bezeichnet, fand ein Verhältniss von 0,85 : 1000.

Eine der werthvollsten statistischen Arbeiten über Epilepsie, die Zählung in Mecklenburg-Schwerin, stellt das Verhältniss auf 1,5 : 1000 fest. Dasselbe Verhältniss nimmt auch von Bodelschwingh für Preussen an.

Lepointe findet im Jahre 1879 im Departement de l'Allier 1,169 : 1000, für ganz Frankreich nimmt er 0,92 an.

Die Zählung in der Provinz Sachsen vom Jahre 1891 ergiebt ein Verhältniss von 0,63 : 1000.

Genauer dürften die Ergebnisse sein, die man durch Zählung einzelner Altersgruppen erhält. Zählungen epileptischer Schulkinder liegen aus verschiedenen Ländern vor.

Sehr sorgfältig ist die Zählung in der Rheinprovinz und in Westfalen im Jahre 1882 (Pelmann). Sie ergiebt: für die Rheinprovinz 830 (423 Knaben, 407 Mädchen), für Westfalen 427 (215 Knaben 212 Mädchen). Dies giebt 0,205 epileptische Kinder auf 1000 Einwohner.

Tigges fand 117 Epileptische im Alter von 6—15 Jahren, dies sind 18,3 pCt. aller Epileptischen; auf 1000 Einwohner kommen 0,21 epileptische Schulkinder, auf 1000 Einwohner im Alter von 6—15 Jahren 0,95 Epileptische.

Nach einer Zählung im Jahre 1889 kamen in den Bezirken Frankfurt und Potsdam der Provinz Brandenburg auf 2248000 Einwohner 606 epileptische Kinder im Alter von 6—14 Jahren; dies giebt für 1000 Einwohner 0,27 epileptische Schulkinder.

Auch über die Ergebnisse bei der Militärmusterung liegen einige Zahlen vor. Aus dem Jahre 1887 berichtet Dr. Vischer in Aarau aus der Schweiz, dass auf 1000 Untersuchte 2,42 Epileptische kamen, nach dem Durchschnitt der Jahre 1889, 90, 91 : 2,57. Lunier fand 1,644 Epileptische auf 1000 Gestellungspflichtige.

Zur Zeit wird nach Pelmann's Vorgang 1,5 Epileptische auf 1000 Einwohner als „die Zahl angenommen, die jedenfalls nicht über der Wirklichkeit gelegen ist".

Von dieser Voraussetzung aus würden sich für das Deutsche Reich ca. 70000 Epileptische ergeben, für Preussen 45000, für

Bayern (nach Krafft's Berechnung) 8392, für Württemberg 3000, für die Schweiz 4500. Für Frankreich nahm Lunier 40000 an.

Ob die Epilepsie im Zunehmen oder Abnehmen begriffen ist, darüber giebt uns die Statistik keinen Aufschluss, eine Zunahme zu vermuthen, liegt jedenfalls keine Veranlassung vor.

### 4. Die Häufigkeit geistiger Störung bei Epileptischen.

Es ist hier wieder zu scheiden zwischen der chronisch epileptischen Degeneration und den acuten psychopathischen Complicationen, dem epileptischen Irresein im engeren Sinne.

Die Häufigkeit der epileptischen Degeneration zahlenmässig festzustellen, ist schwierig wegen der allmählichen und fliessenden Uebergänge zwischen gesund und krank. Eine relative geistige Abnahme, neben der eine an sich betrachtet gute intellectuelle Leistungsfähigkeit bestehen kann, können wir nur dann feststellen, wenn wir über das frühere geistige Verhalten des Patienten genau unterrichtet sind.

Im Grunde genommen giebt es überhaupt keine chronische Krankheit, die die geistige Spannkraft, die Apperception, die rasche und sichere Verknüpfung der Associationen nicht ungünstig beeinflusste. Jeder Beobachter wird hier seinen besonderen Maassstab anlegen.

Bei 200 Epileptikern in der Privatpraxis habe ich geistige Schwäche in 47 pCt. gefunden. Diese habe ich dann angenommen, wenn der Beruf infolge der geistigen Abnahme Noth gelitten hatte.

In der Anstalt in Stetten fand ich bei 235 Neueingetretenen epileptischen Schwachsinn in seinen verschiedenen Graden bei 78 pCt., nur 22 pCt. waren intellectuell normal. Es handelte sich meist um Kinder im schulpflichtigen Alter. Die Leistungen in der Schule geben einen genaueren Maassstab zur Beurtheilung der Intelligenz, als man ihn bei Erwachsenen hat.

Kölle in Zürich fand unter den im schulpflichtigen Alter stehenden Kindern in der Schweizerischen Anstalt für Epileptische 28 pCt. normale. Aus der Statistik von Pelmann werden 50,8 pCt. als normal aufgeführt.

Bei Tigges sind unter 124 Epileptischen im Alter bis zu 14 Jahren 29 als geisteskrank angegeben. Man wird keinen grossen Fehler machen, wenn man annimmt, dass es sich bei diesen — also bei 23 pCt. — im wesentlichen um epileptischen Schwachsinn gehandelt habe.

Ueber die Häufigkeit der anderen specifisch epileptischen Geistesstörungen ist es nicht möglich, genaue Zahlen aufzustellen.

Von den erwähnten 235 Kranken der Anstalt in Stetten litten 19 pCt. an irgend einer der oben angeführten epileptischen Psychosen. Krafft hat durch unmittelbare Anfrage bei den Anstalten für Epileptische zu erfahren gesucht, wie viele Kranke an „Aufregungszuständen" leiden. Die Angaben schwanken zwischen 8 und 100 pCt.!

Die Zahl der Epileptiker, die in Irrenanstalten untergebracht sind,

lässt nur in bedingter Weise auf die Häufigkeit der acuten epileptischen Psychosen schliessen. Wir werden zwar annehmen können, dass in Ländern, in denen sich keine Epileptiker-Anstalten mit Irrenabtheilungen befinden, der grösste Theil der Fälle von epileptischer Geistesstörung in den Irrenanstalten untergebracht sein wird, denn diese Fälle erfordern unbedingt die Unterbringung in geschlossenen Asylen. Unter den epileptischen Insassen der Irrenanstalt werden sich aber auch Kranke mit hohen Graden epileptischer Degeneration befinden; ihre Zahl wird um so kleiner sein, je besser in dem betreffenden Bezirk für Epileptische gesorgt ist.

Nach dem Medicinalbericht von Württemberg befanden sich am 1. Januar 1893 in den Irrenanstalten 2553 Kranke, darunter waren nur 121 Epileptische. Da wir die Zahl der Epileptischen in Württemberg nur annähernd schätzen können, so lässt sich auf die Häufigkeit der epileptischen Psychosen aus diesen Zahlen kein genauer Schluss ziehen.

Von 518 Kranken, die in den Jahren 1882—1896 aus der Abtheilung für Epileptische in Stetten ausgetreten sind, sind 17 in Irrenanstalten übergeführt worden.

Es ist wohl nicht unberechtigt aus diesen Daten zu folgern, dass die schweren Formen der acuten epileptischen Psychosen im Verhältniss zur Verbreitung der Epilepsie nicht sehr häufig sind.

Bei den grösseren Zählungen ist es nicht möglich, die chronische Entartung von den andern Formen der epileptischen Psychosen zu scheiden, auch ist anzunehmen, dass nur die höheren Grade der geistigen Störung gezählt worden seien. Nur so lassen sich die niederen Ziffern erklären, die man bei den Zählungen in grösseren Bezirken für epileptische Geistesstörung angegeben findet.

Tigges hat in 25,8 pCt. geistige Störung gefunden, bei der Zählung in der Rheinprovinz fand man 23,8, in Braunschweig 20,2 pCt. Pelmann nimmt an, dass rund 20 pCt. der Epileptischen an Geistesstörung oder namhaftem Schwachsinn leide. Rechnet man auch die leichten Formen, so kann man Mendel, der bei 90 pCt. der Leute, die lange epileptisch sind, eine gewisse Form von Geisteskrankheit, wenn auch nur einen leichten Grad von Schwachsinn annimmt, nicht Unrecht geben.

## 5. Die Criminalität der Epileptischen.

Wie schon erwähnt, sind nach meiner Ansicht die schweren Formen sittlicher Entartung bei Epileptischen nicht so häufig, wie dies gemeinhin angenommen wird. Immerhin spielt die Epilepsie forensisch keine kleine Rolle.

Nach dem Medicinalbericht sind in den Württembergischen Staatsirrenanstalten im Jahre 1892 und 1893 11 Epileptische aufgenommen worden. Von diesen waren 5 vor ihrem Eintritt mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen. Zu der Gesammtzahl der Geisteskranken, bei denen dies der Fall war, hat die Epilepsie mit 45,5 pCt. das Haupt-

contingent gestellt. Zu etwas anderen Ergebnissen kommt Kölle jun. Unter 109 geisteskranken Verbrechern, die vom Jahre 1891—95 im Burghölzli forensisch untersucht worden sind, befanden sich nur 11 pCt. Epileptische.

### 6. Die Prognose der Epilepsie.

Die Epilepsie kürzt die Lebensdauer ab. Nach den Erfahrungen von Köhler sind in Hubertusburg von den Epileptikern bis zum 30. Jahr gestorben 57,6 pCt., von den nicht epileptischen Kranken 40 pCt.. Nach dem 40. Lebensjahr ist die Sterblichkeit der Epileptischen hinter der der anderen Kranken zurückgeblieben. Bei Idioten schien die Complication mit Fallsucht die Sterblichkeit nicht zu erhöhen.

In vielen Fällen führt — von Unglücksfällen abgesehen — die Krankheit selbst durch Häufung der Anfälle zum Tod. Nach den Erfahrungen in Anstalten ist der Status epilepticus in ca. 50 pCt. die Todesursache.

Ein nicht kleiner Theil erliegt der Tuberculose. Eine gewisse Disposition dazu wird herbeigeführt durch die allgemeine Ernährungsstörung, die nicht selten im Gefolge der Fallsucht auftritt: die Cachéxie épileptique (Bourneville).

Eine völlige Heilung der Epilepsie ist selten. Aber sie kommt vor namentlich bei jugendlichen Epileptischen, die rechtzeitig in Behandlung kommen.

In der Mehrzahl der Fälle müssen wir damit rechnen, dass das Leiden den Menschen, den es einmal befallen hat, bis zum Tod nicht mehr verlässt. Meist hat die Epilepsie die Neigung sich zu verschlimmern.

Jede geistige Störung, die bei dem Epileptischen auftritt, trübt die Vorhersage erheblich. Bei der dauernden Entartung versteht sich das von selbst. Es gilt aber auch von den acuten geistigen Störungen, ob sie im Zusammenhang mit den Anfällen oder als Aequivalente auftreten.

Nach dem Gesagten könnte es scheinen, als ob die weitverbreitete Ansicht, dass die ärztliche Behandlung der Epileptischen verlorene Mühe sei, richtig wäre. Thatsächlich ist die Prognose der Fallsucht besser als ihr Ruf. Wenn wir auch auf völlige Heilung nie mit irgend welcher Sicherheit rechnen dürfen, so sind wir doch vielfach im Stande das Leiden zu bessern, in seinem verhängnissvollen Lauf zu hemmen, den Kranken für Jahre arbeitsfähig zu erhalten und vor völligem Verfall zu bewahren.

Ist das Leiden so schwer, dass der Patient in freier menschlicher Gemeinschaft nicht mehr leben kann, so bietet die Anstaltspflege oft noch Mittel und Wege, ihm ein wenn auch bescheidenes Arbeitsfeld zu schaffen und ihn in menschenwürdigem Zustand zu erhalten. Die Erfolge der ärztlichen Behandlung sind besser, als bei einer grossen Anzahl anderer chronischer Nervenkrankheiten. Von schweren organischen

Krankheiten abgesehen, ist die ärztliche Thätigkeit bei vielen Fällen von functioneller Neurose: Hypochondrie, schwerer Neurasthenie und Hysterie thatsächlich undankbarer.

Ueber die Ergebnisse der Behandlung in Anstalten mögen die folgenden Zahlen Anhalt geben. Sie umfassen die in den Jahren 1881—1897 aus der Anstalt in Stetten entlassenen Kranken. Die Mittheilung über die Jahre 1889—1897 verdanke ich Herrn Dr. Habermaas in Stetten. In dem genannten Zeitraum wurden aufgenommen 554 Epileptische. Ausgetreten sind 447.

Von den 447 Ausgetretenen wurden entlassen als

| | | |
|---|---|---|
| genesen | 47 | = 9,8 pCt. |
| gebessert | 185 | = 38,7 „ |
| ungebessert | 131 | = 27,7 „ |
| Es sind gestorben | 114 | = 23,8 „ |

Auf die Eingetretenen berechnet ergeben sich folgende Zahlen.

Es wurden entlassen als

| | | |
|---|---|---|
| genesen | 47 | = 8,5 pCt. |
| gebessert | 185 | = 33,5 „ |
| ungebessert | 131 | = 23,5 „ |
| Es sind gestorben | 114 | = 20,5 „ |
| Es sind in d. Anstalt geblieb. | 77 | = 14,0 „ |

Als genesen sind die Fälle bezeichnet, in denen 1 Jahr lang, nachdem die Arzneibehandlung mindestens $1/2$ Jahr lang ausgesetzt worden war, jede Spur epileptischer Erscheinungen verschwunden ist. Ich bemerke noch, dass unter den als gebessert entlassenen sich auch ca. 20 pCt. sehr gebesserte befinden, d. h. solche Kranke, bei denen unter andauernder Arzneibehandlung, die Anfälle 1 Jahr lang ausgeblieben sind.

Aehnliche Zahlen werden auch von anderer Seite berichtet. Lähr nimmt 6 pCt. Heilungen an, nach dem Bericht vom Jahr 1895 wurden in Hochweitzschen 7,6 pCt. als geheilt entlassen.

In mehr als 50 pCt. ist eine entschiedene Besserung erzielt worden. Diese Erfolge dürften hinter dem, was in Irrenanstalten erreicht wird, nicht zu weit zurückstehen.

## 7. Die Behandlung der Epilepsie und die Fürsorge für Epileptische.

### Die Prophylaxe der Epilepsie.

Da wir weder über das Wesen noch über die wahren Ursachen der Epilepsie etwas sicheres wissen, so kann von einer eigentlichen Prophylaxis nicht die Rede sein.

Das beste Mittel wäre es, zu verhindern, dass constitutionell Nervenleidende, Trinker und moralisch verkommene Menschen sich fortpflanzen. Das ist aber nicht möglich.

In weiten Kreisen gilt das Heirathen als Heilmittel bei der Fallsucht: das ist nicht wahr. Noch nie ist ein Epileptiker durch das

Heirathen geheilt oder gebessert worden. In der einen oder andern Weise fallen diese Ehen immer schlimm aus.

Echeverria berichtet über 535 Kinder von 62 männlichen und 74 weiblichen Epileptischen. Von diesen Kindern

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| kamen todt zur Welt | 9 | männl. | 13 | weibl. |
| starben als Säuglinge an Convulsionen | 89 | " | 106 | " |
| " " " an andern Krankheit. | 16 | " | 11 | " |
| wurden epileptisch | 42 | " | 36 | " |
| " geisteskrank | 5 | " | 6 | " |
| litten an Lähmungen | 22 | " | 17 | " |
| wurden hysterisch | 0 | " | 45 | " |
| litten an Chorea | 2 | " | 4 | " |
| " " Strabismus | 5 | " | 2 | " |
| waren normal | 63 | " | 42 | " |

Also nur bei 19 pCt. waren keine Erscheinungen von Entartung vorhanden.

Oft genug wird man wegen der Heirathsfähigkeit der Epileptischen befragt. Jeder Arzt soll es sich zum Grundsatz machen, das Heirathen von Epileptischen unbedingt zu widerrathen, auch wenn es sich um leichte Formen handelt. Die Anfrage erfolgt meist nur pro forma und der ärztliche Rath, der nicht passt, wird in den Wind geschlagen. Aber man hat dann doch seine Pflicht gethan.

Für die Kinder, die durch epileptische Vorfahren belastet sind, gelten in ganz besonderem Maasse alle Grundsätze, die bei der Erziehung neuropathischer Menschen überhaupt zu befolgen sind. Ganz besonders gilt dies in Betreff der geistigen Getränke, die absolut verboten werden müssen.

## Die Behandlung der Epileptischen ausserhalb der Anstalten.

Es handelt sich hier in erster Linie um mittlere und leichtere Fälle, um Patienten, die ausserhalb einer Anstalt leben können und mehr oder weniger berufs- und arbeitsfähig sind. Die Behandlung darf sich nicht auf Verordnung von Arzneien beschränken, so unentbehrlich sie auch sind, sondern muss sich auf Regelung der gesammten Lebensführung des Patienten erstrecken. Die Verordnungen müssen so eingerichtet werden, dass sie leicht Jahre lang durchgeführt werden können.

Seit langer Zeit legen die Aerzte, die viel Epileptische behandeln, Werth darauf, dass die Nahrung dieser Kranken nicht zu stickstoffreich sei; durch die neueren Stoffwechseluntersuchungen bei Epilepsie erhält diese Erfahrung eine gewisse theoretische Begründung. Von rein praktischem Standpunkt aus, hat die Lakto-vegetabilische Diät den Vortheil, das Verlangen nach Reizmitteln, besonders nach Tabak und Alkohol zu vermindern. Einmal am Tage kann Fleisch gestattet werden. Es lässt sich auf diese Weise ein Speisezettel herstellen, der nicht sehr von unserer gewöhnlichen bürgerlichen Küche abweicht. Durchaus zu ver-

bieten ist jede Art Alkohol, starker Thee und Kaffee. Als Getränke ausser Milch sind leichte natürliche Säuerlinge, Limonaden, unter Umständen auch die alkoholfreien Weine zu empfehlen. Der Genuss von viel frischem Obst ist sehr rathsam.

Selbstverständlich kann man auch hier nicht schablonenmässig vorgehen, sondern muss der ganzen Körperbeschaffenheit und dem Ernährungszustand im einzelnen Fall Rechnung tragen.

Starkes und schweres Rauchen ist schädlich; in bescheidenem Umfang kann der Tabakgenuss gestattet werden.

Von hervorragender Bedeutung ist die Regelung der Tagesarbeit. Wir müssen eine Lebensweise zu finden suchen, bei der körperliche und geistige Ueberanstrengung vermieden wird, ohne dass der Patient gehindert ist, seinem Beruf nachzugehen. Das ist in jedem Fall verschieden einzurichten, aber immer muss man genaue Vorschriften darüber geben. Die Grundsätze, die dabei gelten, sind dieselben, wie sie oben für Neuropathen aufgestellt worden sind.

Es ist selbstverständlich und die Erfahrung lehrt es täglich, dass dem Epileptiker ausgebreiteter geselliger Verkehr und aufregende Vergnügungen, mit Allem, was drum und dran hängt, schaden. Aber es ist meist recht schwer, den Patienten zu einem verständigen Verhalten in dieser Hinsicht zu bewegen. Er hat selbst keine Ahnung von den Schrecken und den Gefahren eines Anfalls, versteht die ängstlich überwachende Sorgfalt seiner Umgebung nicht und ärgert sich darüber.

Hier muss der Arzt mit aller Entschiedenheit eingreifen. Seine Aufgabe ist es, den Kranken auf den Standpunkt zu führen, von dem aus sein Leiden allein erträglich ist, auf den der Entsagung, die nach dem Charakter des Kranken eine mehr religiöse oder mehr philosophische Grundlage haben wird. Der Kranke muss sich in vollem Bewusstsein mit der Thatsache zurechtzufinden wissen, dass ihm an der Arbeit und an dem Genuss des Lebens nur ein bescheidener Antheil gegönnt ist. Es ist gut, sich mit dem Kranken darüber auseinanderzusetzen, sobald die Diagnose fest steht. Ihm die Hoffnung auf völlige Genesung gänzlich abzuschneiden, wäre grausam und wie wir gesehen haben, nicht einmal ganz wahr. Aber der Arzt erleichtert sich seine Aufgabe, wenn er dem Patienten klar macht, dass er sich auf Jahre hinaus als krank zu betrachten habe und sein Leben demnach gestalten müsse. So hält man ihn am ehesten von der rastlosen und kostspieligen Jagd nach neuen Curen und von der Ausbeutung durch Schwindler zurück, von dem fieberhaften Hetzen nach Heilung, das stets mit tiefer Entmuthigung endet.

Dem Arzt ist hier eine schöne und nicht undankbare Aufgabe der psychischen Behandlung gestellt.

Von Arzeneien sind die Bromsalze das beste und sicherste Mittel gegen Epilepsie. Man beginnt beim Erwachsenen mit einer Tagesdosis von 5 Gramm. Genügt das nicht, so steigt man langsam bis die Anfälle verschwinden. Bei dieser Dosis bleibt man, so lange keine Zeichen

stärkerer Bromvergiftung auftreten. Treten solche ein, geht man wieder langsam auf das thunlichst kleine Maass herunter. Man kann dem Kranken nicht von vornherein ein Schema über Steigerung und Verminderung der Dosen geben, wie dies von manchen Anstalten aus geschieht. Im Durchschnitt genügen 5—10 Gramm als Tagesgabe. Grössere Mengen sind nicht räthlich.

Brom wird im Ganzen von den Epileptikern gut ertragen. Aber bei dem jahrelangen Gebrauch, der meist nöthig ist, lassen sich die üblen Nebenwirkungen des Salzes selten ganz vermeiden.

Die schädliche Einwirkung auf das psychische Verhalten äussert sich in Schlafsucht, Stumpfheit, Abnahme des Gedächtnisses. Da diese Erscheinungen auch durch die Epilepsie allein hervorgerufen werden können, ist es nicht immer leicht zu unterscheiden, was auf Rechnung des Grundleidens und was auf Rechnung des Broms zu setzen sei. Andere Zeichen des Bromismus können hier einen Anhalt geben. Bricht man mit dem Brom ab und lässt der Krankheit freien Lauf, so wird man sich bald davon überzeugen, dass durch die Anfälle das geistige Leben weit schwerer beeinträchtigt wird als durch das Brom.

Verwirrtheit mit oder ohne Hallucinationen tritt nur nach sehr grossen Dosen, 12—15 Gramm, auf, die überhaupt nicht oder nur in ganz besonderen Fällen zur Verwendung kommen sollen.

Bedenklich ist in manchen Fällen die Einwirkung auf das Herz. Ich halte diese für die schlimmste Folge des Bromismus. Es ist nothwendig, bei Patienten die dauernd Brom bekommen, immer von Zeit zu Zeit Herz und Puls zu untersuchen.

Nicht selten sind Verdaungsstörungen, meist bedingt durch ausgesprochenen Magenkatarrh. Starke Verdünnung des Mittels schützt am ehesten davor. Eine nicht seltene Folge ist Hartleibigkeit, seltener Durchfall.

Die Hauterkrankungen durch Bromvergiftung treten auf als plaqueförmige quaddelartige, nicht selten schmerzhafte Infiltrationen, furunkelartige Eruptionen und namentlich als Hautgeschwüre, für die mir die starke Wucherung des Papillarkörpers characteristisch erscheint.

Neben einer planmässigen Hautpflege, die vorbeugend wirkt, ist der lang fortgesetzte Gebrauch kleiner Arsenikgaben anzurathen. Gegen die Geschwüre hat sich mir in neuer Zeit eine Paste aus Zinkoxyd gut bewährt. In seltenen Fällen kommen die Geschwüre auch nach dem Aussetzen des Brom erst dann zur Heilung, nachdem man den Geschwürsgrund mit dem scharfen Löffel abgekratzt hat.

Die üblen Nebenwirkungen des Brom sind seltener geworden, seitdem man reinere Präparate hat.

Das Kalisalz des Broms gilt für das schädlichste, da man dem Kali die schädliche Einwirkung auf das Herz zuschreibt. Ob die anderen Bromsalze, das Bromnatrium und Bromammonium weniger leicht zu Bromismus führen, wage ich nicht zu unterscheiden. Sicher ist, dass bei manchen Patienten das eine Salz, oder eine Mischung von Salzen besser

wirkt als das andere. Eine Regel lässt sich dafür nicht aufstellen. Es ist zu empfehlen mit dem Salz zu wechseln, sobald Vergiftungserscheinungen auftreten, oder die antiepileptische Wirkung nachlässt. Das für anderweitige Anwendung sehr empfehlenswerthe Erlenmeyer'sche Bromwasser kommt bei Epileptischen auf die Dauer zu hoch.

Das Brom darf nie plötzlich abgebrochen werden, man hat sonst den Ausbruch gehäufter Anfälle zu befürchten.

Die Bromopiumkur nach Flechsig eignet sich nur für Spital- und Anstaltsbehandlung, nicht für ambulante Patienten.

Atropinum sulfuricum ist namentlich für frische Fälle und für jugendliche Kranke zu empfehlen. Man beginnt mit 1 mg pro die in Pillenform und steigt allmählich bis zu 2 mg am Tage oder noch mehr. Bekanntlich wird Atropin von Kindern gut ertragen.

Amylenhydrat habe ich seiner Zeit auf Grund zahlreicher Versuche in Dosen von 2—4 g pro die empfohlen; als Mittel gegen gehäufte Anfälle und als zeitweiligen Ersatz für das Brom. Dass es sich nicht zu dauernder Anwendung eigne, habe ich ausdrücklich hervorgehoben. Nach 6—8 Wochen, manchmal auch früher, lässt die antiepileptische Wirkung nach und eine weitere Steigerung ist nicht möglich, da sonst Somnolenz und Verdauungsstörungen auftreten. Mit Zink, Artemisia, Osmium kann man einen Versuch machen, wenn man mit dem Brom nichts erreicht.

Gegen gehäufte Anfälle ist Amylenhydrat das beste Mittel, das wir haben. Es lässt sich gut subcutan anwenden (1 Pravaz'sche Spritze hält 0,8 Amylen). Die günstige Wirkung des Mittels, die sicherer ist als die des Chloralhydrats, ist aufs Neue von Habermaas in Stetten, Ackermann in Hochweitzschen und von Flügge bestätigt worden. Nach einer gütigen Mittheilung von Habermaas kamen in der Anstalt zu Stetten von den Todesfällen bei Epileptikern 58 pCt. auf gehäufte Anfälle. In den Jahren 1890—97 nach Einführung des Amylenhydrats 33 pCt. — Also eine Verminderung um 25 pCt.

Durch Hydrotherapie kann man Epilepsie nicht heilen. Aber die Wasserbehandlung ist bei Epilepsie häufig angezeigt wegen ihrer günstigen Wirkung auf die allgemeine Ernährung und zur Bekämpfung der mannigfachen „neurasthenischen" Beschwerden, die beim Epileptiker selten fehlen. Bei der ambulanten Behandlung müssen wir die Vorschriften so geben, dass sie sich mit einfachen Mitteln ohne grossen Zeitverlust ausführen lassen. Morgens kalte Abwaschung, vor zu Bettgehen kurzes kaltes Fussbad oder bei unruhigem Schlaf heisse Fussbäder mit kalter Uebergiessung oder Wechselfussbad. Besonders anzurathen ist die kalte Abflössung von Kopf und Nacken nach der Mittagsruhe. Vollbäder mit 24—26° R. und 4—6 Minuten Dauer, zum Schluss mit kalter Douche in den Nacken sind sehr empfehlenswerth. Einmal wöchentlich soll ein wärmeres Bad von 27—28° mit gründlicher Abseifung des ganzen Körpers vorgenommen werden. Dadurch wird das Auftreten von Bromexanthemen verhindert, oder wenn sie da sind, werden sie gemildert.

Gegen kalte Bäder im Freien ist nichts einzuwenden, sofern der Kranke sorgfältig überwacht wird.

Von der elektrischen Behandlung habe ich bei der Epilepsie so wenig Erfolg gesehen, als Andere. Gegen einzelne Begleiterscheinungen, Kopfdruck und leichte Erregungszustände, scheint die Galvanisirung des Kopfes oder des Sympathicus manchmal nicht ohne Nutzen zu sein.

Die Trepanation mit Hirnresection ist bei der echten Epilepsie, wo sie auf Grund der corticalen Theorie auch schon empfohlen worden ist, durchaus zu verwerfen.

Bei der Jacksonischen Epilepsie — bei Herderkrankungen im motor. Centrum — gelten die Anzeigen, die für die Operation von Herden im Gehirn überhaupt maassgebend sind. Findet man nach der Resection des Schädeldachs keine palpable Erkrankung, so ist es geboten, die Schädelhöhle einfach wieder zu schliessen. Den Theil des Gehirns, den man nach den klinischen Erscheinungen für den Ausgangspunkt der epileptischen Anfälle halten muss, zu reseciren, auch wenn keine sichtbare Veränderung vorliegt, ist unnütz und schädlich.

Die Durchschneidung des Sympathicus bei Epilepsie ist ein unberechtigter und schädlicher Eingriff.

Noch einige Worte über die Behandlung der jugendlichen Epileptischen bis zur Pubertät.

Ueber die Arzneibehandlung, Diät etc. ist nichts weiter anzuführen. Den schwierigen Punkt bildet hier die Erziehung. Auf der einen Seite bedürfen die oft sittlich schwachen, zu zornmüthigem, unerträglichem Wesen geneigten Kinder einer kräftig leitenden Hand, auf der andern muss man ihrem Leiden Rechnung tragen und aufregende Scenen vermeiden. Die Aufgabe des Arztes ist hier in erster Linie, die Eltern gründlich aufzuklären. Man soll sie nicht mit banalen Trostworten abspeisen, sondern ihnen klar machen, dass es sich um ein im besten Falle lange dauerndes Leiden handle. Mit dem Trost, mit Eintritt der Pubertät werde sich die Sache bessern, verschone man die Leute. Das ist nie der Fall, meist tritt zur Zeit der Entwickelung eine Steigerung des Leidens, namentlich nach der psychischen Seite hin ein. Man muss die Eltern darauf aufmerksam machen und ihnen beweisen, dass die scheinbare Böswilligkeit und Verstocktheit, Trägheit und Gleichgiltigkeit, die Neigung zum Zorn meist mit einem Anfall oder einer Anfallsperiode zusammenhängt.

In solch kritischen Zeiten muss man die Kranken von Genossen und von Geschwistern möglichst fernhalten. Häufig ist es das beste, sie für einige Tage ganz ins Bett zu legen.

Bei leichten Formen und seltenen Anfällen mag man den Schulbesuch gestatten. Stets muss der Lehrer von der Sachlage verständigt und zu entsprechender Rücksicht veranlasst werden.

Bei schwereren Formen wird die Frage des Unterrichts schwieriger. Gestatten es die Verhältnisse, so lässt man das Kind zu Hause unterrichten; geht das nicht, so muss der Schulunterricht wenigstens beschränkt

werden. Fächer, die nicht unbedingt nöthig sind, muss man streichen. Sommers soll das Kind nicht vor 8 Uhr, Winters nicht vor 9 Uhr zur Schule gehen; über Mittag sollen ihm mindestens 3 Stunden freigehalten werden. Der Turnunterricht soll sich auf Frei- und Stabübungen beschränken, Hochsprung und Gerätheturnen müssen vermieden werden.

Es wäre dringend zu wünschen, das für epileptische Kinder, die die gewöhnliche Schule nicht besuchen können, eine besondere Unterrichtsgelegenheit geschaffen würde. Im Anschluss an die Hilfsklassen für geistesschwache Kinder, die jetzt überall ins Leben gerufen werden, wäre dies wohl möglich. Berkhan hat in Braunschweig eine solche Schule für epileptische Kinder gegründet.

Die wichtigste Frage bei jugendlichen Epileptischen ist die Berufswahl. Bei Mädchen ist die Sache meist leichter; man kann ihnen innerhalb der Familie mit Haus- und Handarbeiten einen wenn auch bescheidenen Wirkungskreis schaffen. Bei Knaben ist dies nicht möglich. Zudem muss die Entscheidung wegen der verschiedenen Vorbildung für die einzelnen Berufsarten früh getroffen werden. Im Allgemeinen kann man den Grundsatz aufstellen: Bei solchen, die in der Jugend epileptisch geworden sind, muss man auf die Berufsarten verzichten, die Gymnasial- oder höheren Realschul-Unterricht voraussetzen. Wird der Knabe von der Krankheit befallen, wenn er schon mitten im Unterrichtsgang einer höheren Schule steht, so wird man ihn wenn thunlich bis zu einem gewissen Abschluss weiter machen lassen. Vom Besuch der Hochschule soll aber jedenfalls abgesehen werden.

Berufsarten, die für Epileptische in Betracht kommen, sind: Landwirthschaft, Gärtnerei, Tischlerei, Buchbinderei, Cartonnagearbeit, einzelne Zweige des Kunstgewerbes, kleine kaufmännische Betriebe, einfache Kontorarbeit, Schreibereiwesen.

Am einfachsten löst sich die Frage bei Kindern des Bauernstandes oder in den Kreisen des Kleingewerbes; sie bleiben hier zu Haus und werden dort so gut es geht beschäftigt.

Weit schwieriger ist die Frage bei Kindern aus den gebildeten Ständen. Wo sollen sich hier die Lehrherren finden, die die nöthige Rücksicht nehmen, und wie soll man die Kranken vor dem üblen Einfluss und der Rohheit der Mitarbeiter schützen?

Unbemittelten Kranken sollte möglichst viel Gelegenheit zu poliklinischer ambulanter Behandlung gegeben werden mit unentgeltlicher Gewährung von Medicamenten, denn für manche ist es kaum möglich, den Aufwand für die Arzneimittel auf die Dauer zu bestreiten. Häufig wird man allerdings bei der kostenlosen Verabreichung von Arzneien die Erfahrung machen, dass weniger die Armuth als die Einsichtlosigkeit und Gleichgültigkeit es ist, die den Kranken an der Fortsetzung der Cur hindert.

In Verbindung mit Universitätsinstituten, städtischen Spitälern ist eine ambulante Behandlung leicht einzurichten. In der Anstalt in Stetten i. R. besteht eine solche Ambulanz für Epilepsie und verwandte

Krankheitsformen schon längst und für die Bestreitung der Medicamente ein besonderer Fonds. Mit der Anstalt in Uchtspringe ist eine Poliklinik für Nervenkranke überhaupt verbunden. Es sind dort für diesen Zweck besondere Zimmer im Verwaltungsgebäude eingerichtet; ferner ist ein Unterkunftshaus im Bau begriffen, in dem die Kranken nach Bedarf einige Tage beobachtet werden können.

## 8. Die Anstaltsfürsorge für Epileptische.

Die Gründung von besonderen Anstalten für Epileptische gehört der neuen Zeit an.

Aus früheren Tagen kennen wir nur vereinzelte Bestrebungen dieser Art.

Der Fürstbischof Friedrich Adam v. Würzburg hat im Jahre 1773 in der Nähe des Juliusspitales „eine eigene Behausung herstellen lassen zum Trost der hie und dort sich vorfindlichen mit der epileptischen oder sogenannten hinfallenden Krankheit Behafteten . . . . von aller menschlichen Hilfe ganz verlassenen armseligen Leuten, theils zur Versuchung einer Cur, theils zu deren Uncurabeln vorsorglichen Verbringung und Verpflegung“ (Rieger). Sein Nachfolger, Franz Ludwig von Ersthal hat das Unternehmen seines Vorgängers weiter geführt und namentlich auf seine Privatkosten eine Anzahl von Epileptiker verpflegen lassen.

In Frankfurt a. M. ist 1785 in der neuen Irren-Anstalt den Epileptischen ein besonderer Flügel eingeräumt worden.

Die edle Fürstin Pauline von Lippe-Detmold, die in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts regierte, hat ihre menschenfreundliche Fürsorge auch auf die Epileptischen ausgedehnt; sie hat es schon damals als das Beste erkannt, die Kranken in landwirthschaftlichen Colonien unterzubringen.

Der Erlass der Kgl. Bayrischen Regierung vom Jahr 1819, der die Gründung einer Anstalt für Epileptische anordnete, kam nicht zur Ausführung.

Nur im Königreich Sachsen sind Staats-Anstalten gegründet worden. Die im Jahr 1877 gegründete Anstalt zu Königswartha wurde 1882 für andere Zwecke bestimmt, an ihre Stelle trat 1889 die Anstalt in Hochweitzschen.

Im grossen Ganzen hat sich die Anstalts-Fürsorge für Epileptische von der Mitte der 40er Jahre an gemeinsam mit der Fürsorge für die Idioten entwickelt. In den zahlreichen Idioten-Anstalten, die durch die christliche Wohlthätigkeit ins Leben gerufen wurden, haben auch die Epileptiker, besonders solche jugendlichen Alters Aufnahme gefunden.

Ausschliesslich für Epileptische hat Dr. Reimer im Jahr 1855 in

Görlitz eine Anstalt gegründet; sie erhielt später eine andere Bestimmung.

In das Jahr 1862 fällt die Gründung der Epileptiker-Anstalt in Laforce in Frankreich; in demselben Jahre ist die kleine Anstalt Pfingstwaide bei Tettnang in Württemberg eröffnet worden.

Als erstes grösseres Unternehmen dieser Art in Deutschland ist 1866 auf Anregung der südwestdeutschen Conferenz für innere Mission in Stetten i. R. in Württemberg eine Anstalt für Epileptische gegründet worden, in administrativer Verbindung mit der dort schon bestehenden Idiotenanstalt.

1867 ist das Gründungsjahr der Anstalt Bethel in Bielefeld, die unter Pastor von Bodelschwingh einen so grossartigen Aufschwung genommen hat.

In den 70er und 80er Jahren entstand eine Reihe von Anstalten für Epileptische, theils ausschliesslich für diese bestimmt, theils in Verbindung mit Idioten-Anstalten. So 1877 die Anstalt Kreuzhilfe in Verbindung mit den Neinstedter Anstalten im Harz. 1880 das Asyl für Epileptische in Rothenburg in der Provinz Hannover, 1881 Mariahilf zu Tilbeck in Westfalen, 1882 wurde die Anstalt Carlshof bei Rastenburg in Ostpreussen errichtet und in demselben Jahr in Verbindung mit der Idiotenanstalt Kückenmühle bei Stettin die Epileptiker-Anstalt Tabor. 1883 wurde die Alexianeranstalt bei Aachen eröffnet. Nicht unerwähnt darf die Eröffnung der Schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich im Jahre 1886 bleiben, in deren Anlage die bisher gemachten praktischen Erfahrungen über Epileptiker-Anstalten eine ebenso umsichtige als grossartige Verwerthung fanden.

Die für 1000 Kranke der Stadt Berlin bestimmte Anstalt „Wuhlgarten“ ist 1893 eröffnet worden; 1894 die grosse Anstalt der Provinz Sachsen in Uchtspringe.

Die Leistungen, die die christliche Wohlthätigkeit aufzuweisen hat, verdienen alle Anerkennung. Aber die Grundlage für eine systematische staatlich gewährleistete Fürsorge für die Epileptischen ist erst geschaffen worden durch das preussische Gesetz vom 11. Juli 1891. Durch dieses wurde festgestellt, „dass vom 1. April 1893 ab die Landarmenvorstände verpflichtet sind, für Bewachung, Cur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen.“

Die Provinzen haben theils die bestehenden Epileptiker-Anstalten oder die Asyle für Epileptische und Idioten benützt, ihre Kranken unterzubringen, theils sind sie zu Neubauten geschritten oder haben solche in Aussicht genommen.

Es dürfte nicht ohne Interesse sein, den gegenwärtigen Stand der Fürsorge für Epileptische etwas näher zu beleuchten, zunächst in Preussen,

wo durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 feste Bestimmungen seitens des Staates getroffen sind.[1])

In Ostpreussen (2 Mill. Einwohner) sind etwa 460 Epileptiker in Anstalten zu versorgen; sie sollen in der Heil- und Pflegeanstalt Carlshof bei Rastenburg untergebracht werden. Die Provinz Westpreussen (1,5 Mill. Einwohner) hat die Neugründung einer Anstalt in Verbindung mit der Provinzial-Irrenanstalt Conradstein in Aussicht genommen.

In der Provinz Posen (1,8 Mill. Einwohner) sind ca. 500 Epileptische theils im deutschen Samariter-Ordensstift zu Kraschnitz, theils im Lazarusstift zu Fürstenwalde und in den Irrenpflege-Anstalten zu Kosten und Drickanka untergebracht. Der Provinzial-Landtag hat am 26. Februar 1897 die Erbauung einer Anstalt für jugendliche, sowie für bildungs- und arbeitsfähige Epileptiker und Idioten im Anschluss an die Irrenpflege-Anstalt zu Kosten beschlossen.

Die Provinz Schlesien (4,4 Mill. Einwohner) hat ihre Kranken in den Heil- und Pflege-Anstalten zu Freiburg, Lublinitz und Kattowitz untergebracht.

In Pommern (1,5 Mill. Einwohner) werden die von der Provinz zu versorgenden Epileptischen in der Heil-Pflege-Anstalt Tabor bei Stettin verpflegt. Nach dem Bestand vom 1. April 1896 244 Kranke.

Die Provinz Brandenburg (4,5 Mill. Einwohner) hat in Potsdam eine eigene Anstalt für Epileptische mit 280 Plätzen. In der neuen Landes-Irrenanstalt zu Neu-Ruppin werden 2 Krankenhäuser je für 120 unruhige Epileptische errichtet.

In Schleswig-Holstein (1,2 Mill. Einwohner) hat sich der Provinzialausschuss gegen die Errichtung einer besonderen Anstalt ausgesprochen, trotz der Petition der Aerztekammer. Die Provinz verpflegt in Bielefeld 127 Kranke, in andern Anstalten zusammen 62 Kranke.

Die Provinz Hannover (2,4 Mill. Einwohner) lässt in der Anstalt in Rothenburg 278, in Bielefeld 279 Kranke verpflegen. Der Bau einer neuen Anstalt ist abgelehnt worden.

Westfalen (2,7 Mill. Einwohner) hat 262 Epileptische in Bielefeld, 125 in Lindenhof und Marienstift.

Hessen-Nassau (1,7 Mill. Einwohner) hat 114 Kranke in Bielefeld, in kleineren Anstalten 41 Epileptische.

Die Rheinprovinz (5,1 Mill. Einwohner) lässt im Ganzen 882 Epileptische verpflegen; 254 in Bielefeld, 109 im Landarmenhaus in Trier, 89 in Mariaberg, 132 in der Anstalt für weibliche katholische Kranke zu Rath, die übrigen in kleineren confessionellen Anstalten.

Der 40. rheinische Provinzial-Landtag hat den Neubau einer

[1]) Die Mittheilungen über den dermaligen Stand der Epileptikerfürsorge in den preussischen Provinzen verdanke ich der Güte des Herrn Landesrathes Vorster in Düsseldorf, der sich in der Provinz Sachsen und in der Rheinprovinz um das Irren-, Idioten- und Epileptikerwesen grosse Verdienste erworben hat.

Provinzial-Heil-Pflege-Anstalt für Epileptiker und Geisteskranke für 800 Kranke beschlossen.

Die Provinz Sachsen (2,6 Mill. Einwohner) hat in Uchtspringe in der Altmark eine Anstalt ersten Ranges geschaffen. Die bisherigen Erfahrungen auf dem gesammten Gebiet der Epileptikerfürsorge sind dort in planvoller Weise mit grossartigen Mitteln zur Ausführung gelangt. Die Anstalt, die nach ihrer Vollendung 1000 Plätze für Epileptische, Idioten und Geisteskranke enthalten wird, ist 1894 eröffnet worden und hat sich schon jetzt in hervorragender Weise entwickelt.

Uchtspringe und die Berliner Anstalt Wuhlgarten, werden für lange Zeit als Vorbilder für die Anstaltsversorgung der Epileptischen dienen.

Werfen wir noch einen Blick auf den gegenwärtigen Zustand der Epileptikerfürsorge in Deutschland, namentlich, soweit es sich um Betheiligung des Staates handelt.[1])

Im Königreich Bayern (Ob. Med.-Rath Dr. Grashey) besteht nur eine ausschliesslich für Epileptische bestimmte Anstalt, die mit dem Juliusspital in Würzburg verbunden ist. Sie enthält 24 männliche und 25 weibliche unheilbare Epileptische. Im übrigen sind die anstaltsbedürftigen Epileptischen auf die Kreis-Irren-Anstalten und die Idioten-Anstalten angewiesen. Diese befinden sich meist in den Händen geistlicher Genossenschaften.

Für die Irrenanstalten und auch für die etwa später zu errichtenden Epileptiker-Anstalten zu sorgen, ist Sache der einzelnen Kreise.

Da diese Kreisgemeinden zu klein sind, um eigene Epileptiker-Anstalten zu benöthigen und ein Zusammengehen mehrerer Kreise nicht leicht zu erreichen ist, so ist die Gründung von öffentlichen Epileptiker-Anstalten nicht so bald zu erwarten. Am ehesten dürfte dies seitens des grössten Kreises — Oberbayern — zu erwarten sein. Für diesen Fall ist geplant, einer ländlich gelegenen Kreis-Irrenanstalt Pavillons für Epileptiker anzugliedern.

Im Königreich Sachsen (Dr. Böhme, Hochweitzschen) besteht, wie erwähnt, seit längerer Zeit eine Staatsfürsorge für Epileptiker. Die eigentliche Epileptiker-Anstalt Hochweitzschen enthält zur Zeit 662 Kranke, darunter 74 in jugendlichem Alter. In der Anstalt zu Klein-Wachau sind 58 arbeitsfähige Epileptiker in jugendlichem Alter untergebracht. Tief verblödete oder störende irre Kranke werden in den Anstalten zu Colditz und Hubertusburg untergebracht.

Im Königreich Württemberg ist die Pflege der Epileptiker ausschliesslich in den Händen von Privatanstalten mit confessionellem Charakter. Der Staat zahlt grössere Beiträge. Die Epileptikeranstalten sind: Schloss Stetten i. R. und Pfingstwaide, Reude in Oberschwaben.

In Baden besteht ausser den Irrenanstalten ebenfalls keine staat-

[1]) Um mich darüber zu unterrichten, habe ich mich an massgebende Persönlichkeiten in den einzelnen Staaten gewandt. Ich spreche den Herren Referenten auch an dieser Stelle meinen Dank aus.

liche Anstalt für Epileptische; dagegen Privatanstalten confessionellen Charakters in Herthen und in Kork.

In den kleineren mittel- und norddeutschen Staaten bestehen keine besonderen Anstalten, die Kranken sind in Irrenanstalten, Siechenhäusern, Idioten-Anstalten. Ein grosser Theil der Epileptischen, namentlich der jugendlichen, wird seitens der westlichen Staaten in Bielefeld, von den mehr östlich gelegenen in den Neinstedter Anstalten, von den nördlichen besonders von Hamburg in Alsterdorf untergebracht.

Ueberall wird über ungenügende Möglichkeit, die Epileptiker zu versorgen, geklagt.

In Aussicht genommen ist die Errichtung besonderer Anstalten durch private Wohlthätigkeit im Herzogthum Anhalt und im Grossherzogthum Hessen.

In Braunschweig ist durch die Bemühungen des Dr. Berkhan ein Fond zur Gründung eines Luisenstiftes gesammelt.

Von Seiten des Staats oder von grösseren Verwaltungsbezirken, ist demnach die Fürsorge nur in Preussen und in Sachsen geregelt.

In den preussischen Provinzen ist die Ausführung der Fürsorge meist noch in der Entwicklung und in einem Uebergangsstadium begriffen.

In den übrigen deutschen Staaten bestehen einige wenige eigentliche Epileptiker-Anstalten. Völlig genügt die vorhandene Fürsorge noch nirgends.

Trotzdem steht Deutschland hinter anderen Ländern keineswegs zurück. Auch in anderen Ländern ist die Sonderfürsorge für Epileptische hinter den anderen Werken wohlthätiger Nächstenliebe zurückgeblieben.

In Frankreich haben die Abtheilungen für Epileptiker in der Salpetrière und in Bicêtre einen alten Namen. Aber nicht durch ihre Baueinrichtungen und ihre Organisation, die unseren Anforderungen nicht mehr entspricht, sondern durch den Klang hervorragender Aerzte, die dort gewirkt haben und noch wirken, und denen wir viel von unserem Wissen über die Epilepsie verdanken. Ich erinnere an Le Grand du Saulle, Voisin, Fournier, Bourneville.

Was die eigentliche Fürsorge betrifft, ist die schon erwähnte grossartige Schöpfung des Pfarrer Bost in Laforce zu erwähnen.

Eine andere grosse Anstalt ist im Besitz und steht unter der Leitung der Schwestern von St. Vincent de Paul bei Tain im Departement de la drôme, l'asile de la Teppe.

In Lyon hat die Frau Marie Henriette Courajod eine grosse Stiftung für die Behandlung der Epileptischen gemacht, denen theils in den Spitälern, theils ambulant Hülfe zu Theil wird.

Auffallen muss es, dass in England, dessen Irrenfürsorge der ganzen Welt zum Vorbild gedient hat, so spät eine Sonderfürsorge für Epileptische ins Leben gerufen worden ist. Die bekannten Krankenhäuser in London „The national hospital for the paralysed and epileptics“

und das „Hospital for epilepsy and paralysis and other diseases of the nervous system“ sind für dauernde Versorgung der Kranken weder bestimmt, noch geeignet. Zur Zeit bestehen nur 3 ausschliesslich für Epileptische bestimmte Anstalten, die alle Werke der Privat-Wohlthätigkeit sind. Maghull Home bei Liverpool, gegründet 1889, Meath home in Godalming in Surrey für Epileptische weiblichen Geschlechts und solche jugendlichen Alters. Eine Anlage grossen Stils ist die Epileptic Colony in Chalfont St. Peter, ins Leben gerufen durch die „National society for the employment of Epileptics“. Zunächst ist eine kleine Zahl männlicher Erwachsener untergebracht. Die Anstalt soll schliesslich für die Aufnahme von 800 Kranken aller Art erweitert werden.

In der Schweiz sind die Epileptiker-Anstalten gleichfalls nicht staatlich, sondern Werke der Privatwohlthätigkeit. Auf die auch technisch-baulich hervorragende Schöpfung „die Schweizerischen Anstalten für Epileptische“ in Zürich haben wir schon hingewiesen. Die Anstalt die 150 Kranke enthält ist in beständigem Wachsthum begriffen. Ausserdem bestehen in der Schweiz noch 2 kleinere Anstalten, das Asile du Petit Lancy im Canton Genf und die Anstalt Bethesda in Tschugg, Canton Bern.

In den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika haben in neuerer Zeit die Regierungen einzelner Staaten begonnen die Epileptiker-Fürsorge in die Hand zu nehmen. Die erste Schöpfung dieser Art ist das Asyl für Epileptische und geisteskranke Epileptiker in Gallipolis, das im Jahre 1891 gegründet wurde. Andere namentlich die östlichen Staaten folgten. Die hervorragendste Schöpfung dieser Art dürfte die grossartig angelegte Craig colony in Livingston im Staat New-York sein, in der namentlich für die landwirthschaftliche Thätigkeit der Kranken weitgehend Sorge getragen wird. Sie ist im Jahre 1891 eröffnet worden.

Ueber die anderen Länder habe ich theils keine sicheren Nachrichten über die zur Zeit bestehende Fürsorge erhalten können, theils ist es nichts, was uns neue Gesichtspunkte geben würde.

Es ist überall dasselbe Bild. Ein grosser Theil der anstaltsbedürftigen Epileptiker ist in Irrenhäusern, Armenhäusern, Spitälern untergebracht, die bestehenden Sonderanstalten sind meist Werke privater Wohlthätigkeit und nur vereinzelt hat der Staat die Sache in die Hand genommen.

Eine für die damalige Zeit vollständige Uebersicht über den Stand der Epileptikerfürsorge in den einzelnen Ländern bietet der Bericht des Dr. Masoin im Auftrage einer Commission, die sich mit der Frage der Hospitalisirung der Epileptischen beschäftigte. Der Bericht ist enthalten im Bulletin de l'académie royale de Médecine de Belgique (IV série, tome III, No 10. 1889).

Mit den Grundsätzen, die für die Errichtung und Einrichtung von Epileptikeranstalten maassgebend sein müssen, haben sich die deutschen Irrenärzte seit Jahren beschäftigt. In erster Linie sind hier Jolly, Pelmann und Lähr zu nennen.

Jolly hat in seiner Arbeit: „die staatliche Fürsorge für Epileptische“ die Frage in ärztlichen Kreisen in Fluss gebracht, Pelmann hat sie nach verschiedenen Seiten und bei verschiedenen Gelegenheiten erörtert, besonders verdienstvoll sind seine statistischen Forschungen. An dieser Stelle verdient auch die Zählung der Epileptischen durch Tigges nochmals besonderer Erwähnung. Unter den neueren Arbeiten ist die klare und übersichtliche Arbeit von Krafft zu erwähnen, der die Frage namentlich in Berücksichtigung der bayrischen Verhältnisse erörtert hat[1]). Der Verein deutscher Irrenärzte hat sich wiederholt mit der Frage befasst. Das erste Mal 1882 auf der Versammlnng zu Frankfurt a. M. Das zweite Mal im Jahre 1891 zu Weimar, wo Lähr und Wildermuth das Referat hatten.

Durch diese verschiedenen Erörterungen sind die Grundsätze, die für die Epileptikerfürsorge maassgebend sind, so festgestellt worden, dass darüber in ärztlichen Kreisen keine wesentliche Meinungsverschiedenheit besteht. In den grossen Neuschöpfungen auf diesem Gebiet: Wuhlgarten, Uchtspringe, die Schweizerische Anstalt für Epileptiker in Zürich sind diese Grundsätze zur Ausführung gekommen.

Bei der Anstaltsversorgung der Epileptiker müssen wir davon ausgehen, dass es sich bei der Mehrzahl dieser Kranken nicht um kürzere oder längere Hospitalisirung handelt, sondern, das es die Aufgabe der Gesellschaft ist, ihnen eine dauernde Heimath und ein menschenwürdiges Arbeitsleben zu verschaffen.

Diesen Grundsatz mit voller Klarheit ausgesprochen und ihn mit genialer, von warmer Menschenliebe getragener Organisationskraft in grossartiger Weise ausgeführt zu haben, das ist das Verdienst des Pastors v. Bodelschwingh.

Die Indicationen für die Verbringung in eine Epileptikeranstalt bedürfen keiner weitläufigen Besprechung, sie ergeben sich von selbst. Von jugendlichen Epileptischen gehören solche Kranke in die Anstalt, die ausserhalb dieser in Folge ihrer Krankheit keinen Unterricht geniessen können, von Halberwachsenen und Erwachsenen solche, die in Folge ihrer Krankheit ausserhalb der Anstalt keine Arbeit finden.

Vom rein ärztlichen Gesichtspunkte aus ist ein, wenn auch kürzerer Aufenthalt in der Anstalt bei den meisten Epileptischen wünschenswerth, um sie eine Zeit lang einer genau ärztlich überwachten Kur zu unterwerfen.

Kranke, die weder durch ärztliche Behandlung zu bessern, noch unterrichts- oder arbeitsfähig sind, gehören in die Anstalt, weil sie ausserhalb dieser schädlich und lästig sind und meist elend verkommen. Vor dem 5. Lebensjahre ist der Eintritt in die Anstalt nicht räthlich.

Von dem Gesichtspunkt der Anstaltsversorgung aus können wir die Kranken in folgende Gruppen eintheilen:

---

[1]) Eine gute Uebersicht bietet auch die Arbeit von Kölle sen. und Dr. Kölle (s. Literaturverzeichniss).

1) Idiotische epileptische Kinder, abgesehen davon, ob die Epilepsie Ursache oder Complication der Idiotie ist.

2) Epileptische Kinder, die unterrichtsfähig sind.

3) Halberwachsene und Erwachsene, die im Handwerk oder in der Landwirthschaft beschäftigt werden können.

4) Halberwachsene und Erwachsene, die für gewöhnlich arbeitsfähig sind, aber an acuten Anfällen von Geistesstörung leiden.

5) Verblödete oder wegen sonstiger Geistesstörung arbeitsunfähige Kranke.

6) Körperlich sieche und arbeitsunfähige Epileptiker.

Die epileptischen Idioten oder idiotischen Epileptiker können in Idiotenanstalten, die geisteskranken Epileptiker in Irrenanstalten untergebracht werden. Eigentliche Epileptikeranstalten würden streng genommen nur die zweite und dritte Gruppe erfordern. Es wurde in der That auch vorgeschlagen, für epileptische Kinder und „geistig normale“ Epileptiker besondere Anstalten zu gründen.

Aber die erwähnten Gruppen sind keineswegs scharf abgegrenzt. Zwischen ihnen bestehen fliessende Uebergänge, und recht oft gehört derselbe Kranke in den verschiedenen Stadien seines Leidens verschiedenen Gruppen an. Daraus ergiebt sich mit Nothwendigkeit der Satz, den ich schon in Weimar ausgesprochen habe:

Am besten wird für die Epileptischen in der Art gesorgt, dass in dem Rahmen einer grossen Anstalt Heilbare und Unheilbare, geistig normale und nicht normale, jugendliche und erwachsene Kranke untergebracht werden. Diese grosse Anstalt muss sich in einzelne Abtheilungen gliedern, die sich aus den Alterstufen und dem Grad des Leidens ergeben. Mehr oder weniger haben sich die bestehenden Anstalten in dieser Richtung entwickelt und bei den grossen neuen Anstalten ist man von Anfang an von diesem Grundsatz ausgegangen.

Eine Anstalt für Epileptische muss demnach enthalten:

1) Eine Abtheilung für jugendliche unterrichtsfähige Kranke.

2) Eine Abtheilung für gewerblich beschäftigte Kranke, mit Trennung der Erwachsenen und Halberwachsenen in besonderen Gebäuden.

3) Ein Oeconomiegebäude für Kranke, die in der Landwirthschaft beschäftigt werden.

4) Eine Abtheilung für idiotische epileptische Individuen.

5) Eine Irrenabtheilung.

6) Ein Krankenhaus mit Pflegeabtheilung für körperlich Sieche und Räumen für acute Kranke.

Im Anschluss daran ist ein Haus für acute Infectionskrankheiten zu errichten.

Je nach der Grösse der Anstalt wird für diese Gruppe je 1 Ge-

bäude errichtet werden, oder werden mehrere nöthig sein. Dringend wünschenswerth ist neben der Trennung der Geschlechter die Trennung der einzelnen Altersstufen.

Weitere Separirung ist bei grossen Anstalten angezeigt in der Gruppe der idiotischen epileptischen Kinder, um solche zu trennen, die völlig verblödet sind und die, die etwa noch Spielunterricht geniessen können.

Unterabtheilungen ergeben sich ferner durch Ausführung des nicht üblen Gedankens, die einzelnen Arten der Handwerker in besonderen Gebäuden unterzubringen, je in einem Haus die Schneider, die Zimmerleute etc. (Bielefeld).

Wenn möglich sollen die Patienten erster Zahlungsklasse in besonderen Abtheilungen oder Gebäuden untergebracht und verpflegt werden.

Die Bildung dieser Unterabtheilungen hängt in erster Linie von der Grösse der Anstalt, ihrer Lage und ihren ökonomischen Verhältnissen ab.

Im Grossen und Ganzen müssen bei Anlage der Anstalt dieselben Grundsätze gelten, wie bei der Anlage einer Irrencolonie. Die Anstalt soll nicht zu weit von einer grösseren Stadt entfernt sein, sie muss ein sehr grosses Areal zur Verfügung haben, theils mit Rücksicht auf den landwirthschaftlichen Betrieb, theils im Hinblick auf spätere Erweiterung.

Die Gebäude sollen einfachen, ländlichen Charakter tragen und weder wie Schlösser, noch wie Spitäler aussehen. Die Geschlechter müssen streng und räumlich weit getrennt werden. Die Errichtung besonderer Anstalten für die Geschlechter könnte nur bei ganz grossen Verwaltungsbezirken in Betracht kommen, die Vorzüge einer solchen Trennung sind nicht zu verkennen, andererseits bietet eine gemeinsame Anstalt für die weiblichen Patienten viel reichlicher Arbeitsgelegenheit in Besorgung der Wäsche, Herstellung der Kleider u. s. w.

K i n d e r männlichen Geschlechts, die weiblicher Pflege bedürfen sind auf der Weiberseite der Anstalt unterzubringen.

Die e i n z e l n e n G e b ä u d e sollen nicht zu klein sein und etwa für 40—60 Kranke Raum haben. Werden die einzelnen Gebäude kleiner, für 20 Kranke oder noch weniger, so sieht dies ganz hübsch aus, aber die Beaufsichtigung leidet dabei Noth.

Die einzelnen Abtheilungen sollen nicht mehr als 10 Kranke enthalten. Es ist zweckmässig die Schlafräume neben den Wohnräumen anzubringen. Da die Epileptischen häufig und oft nur für kurze Zeit das Bett hüten müssen, so wird dadurch die Beaufsichtigung und der ganze Betrieb vereinfacht.

In jedem Bau muss ein verheiratheter Wärter oder Hausvater wohnen, ferner muss er enthalten 1 Speisesaal, 1—2 Isolirräume und 1 Krankenzimmer für leichte acute Krankheiten oder zum Zweck besonderer Beobachtung. Im Souterrain können Badlocale, je nachdem auch Arbeits- und Spielräume eingerichtet werden.

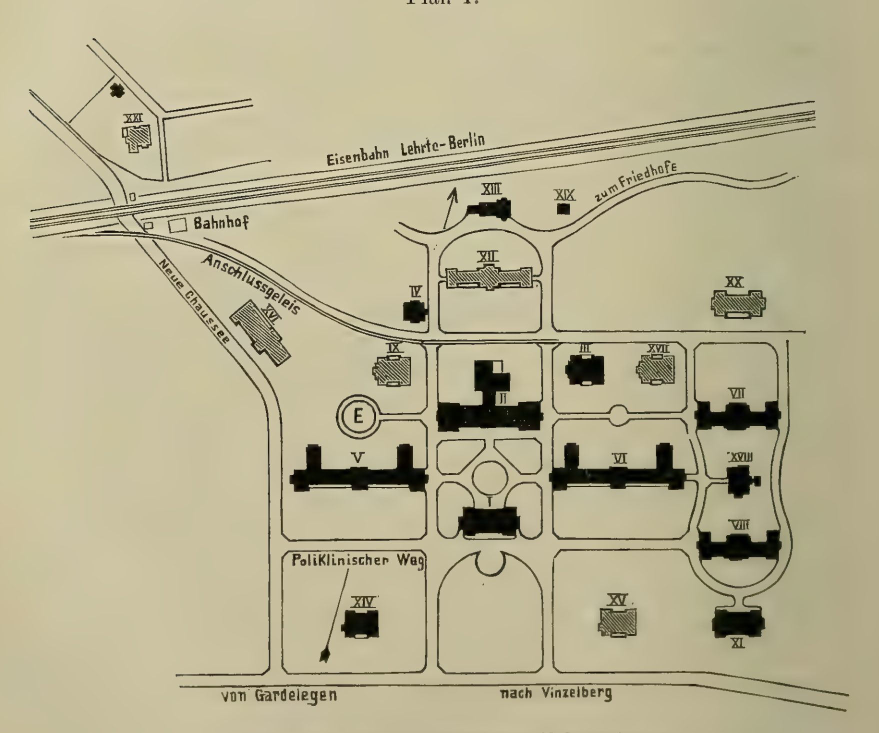
Als mustergiltige Vorbilder können dienen die Häusser der Schweizer-Anstalt, einzelne Neubauten in Stetten und die in Uchtspringe. Bei grossen Anstalten kann man ein besonderes Schulhaus errichten, in kleineren wird man die Schulräume in den Häusern der unterrichtsfähigen Kranker unterbringen. Die Tagräume als Schulzimmer zu verwenden, ist durchaus unthunlich.

Für die Einrichtungen zu wissenschaftlichen Untersuchungen möge auf Uchtspringe hingewiesen werden. Nothwendig vor Allem sind Laboratorien für die wissenschaftliche Verwerthung des anatomischen Materials.

Als Beispiele von bestehenden Bauanlagen mögen hier einige Skizzen folgen:

1. Der Situationsplan der Landes-Heil-Pflege-Anstalt Uchtspringe. (Aus dem Verwaltungsbericht der Landesheil-Pflege-Anstalt Uchtspringe.)

Plan 1.



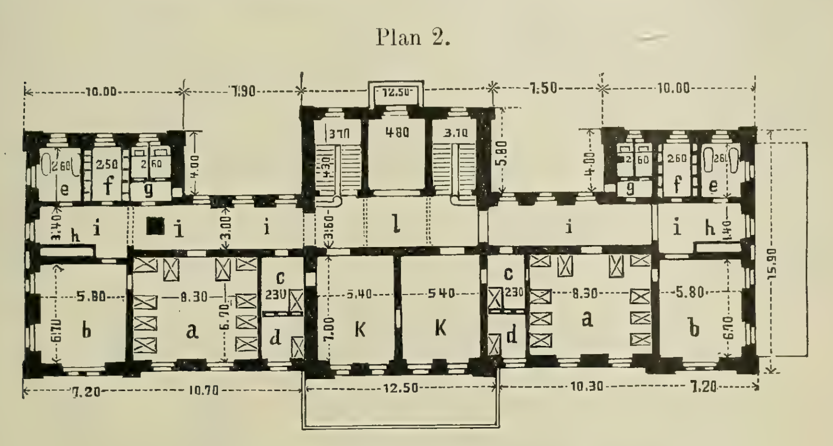

Landes Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe.

I. Verwaltungsgebäude. — II. Wirthschaftsgebäude. — III. Villa für 40 Kranke pp. — IV. Wohnhaus für Maschinenmeister. — V. Anstaltsgebäude für 100 Männer. — VI. Anstaltsgebäude für 100 Frauen. — VII. Anstaltsgebäude für 80 Mädchen. — VIII. Anstaltsgebäude für 80 Knaben. — IX. Villa für 40 Männer. — X. Wohnhaus für 50 Männer auf dem Gutshofe. — XI. Beamtenwohnhaus. — XII. Lazareth. — XIII. Sectionshaus mit Kapelle. — XIV. Villa für 25 Kranke besserer Stände. — XV. Villa für 25 Frauen besserer Stände. — XVI. Gesellschaftshaus. — XVII. Villa wie No. III. — XVIII. Schulgebäude. — XIX. Desinfectionshaus. — XX. Kinderlazareth. — XXI. Unterkunftshaus. — E. Eiskeller. — Bemerkung. Die Gebäude V und VI, sowie VII und VIII sind ursprünglich nur für je 80 bezw. 56 Kranke bestimmt.

2. Das Haus für jugendliche Epileptische der Schweizer Anstalt in Zürich. (Aus der Zeitschrift für Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer.)

3. Das Haus für epileptische Mädchen in Stetten i. R. (Aus der Denkschrift für die Errichtung einer Epileptiker-, Irren- und Idioten-Anstalt für die Provinz Sachsen.)

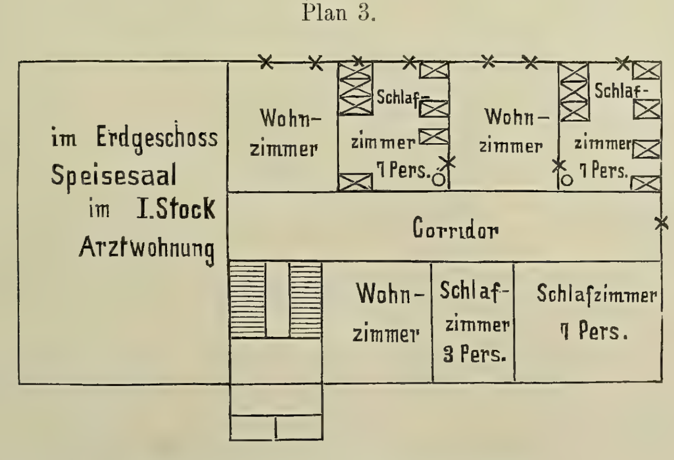
Plan 2.



Anstalt für Epileptische auf der Rüti bei Zürich.

a) Schlafsaal. — b) Wohnzimmer. — c) Wärter. — d) Isolirzelle. — e) Badzimmer. — f) Kleider. — g) Closet. — h) Waschraum. — i) Corridor. — k) Schulzimmer. — l) Vestibule.

Plan 3.




Haus für epileptische Mädchen in Stetten.

Aus dem Zweck, den die Anstalten für Epileptische erfüllen sollen, namentlich aus der Nothwendigkeit einzelne Gruppen von Kranken räumlich zu trennen, ergiebt sich mit Nothwendigkeit, dass die Anstalten gross sein müssen. Nur in grösseren Anstalten lässt sich der ärztliche Dienst, der Schulunterricht, die Arbeit in Gewerbe und Landwirthschaft in genügendem Umfang einrichten.

Anstalten unter 3—400 Kranken werden nicht leicht den Anforderungen genügen können.

Wie gross müssen nun die Anstalten sein im Verhältniss zur Gesammtbevölkerung?

In der Provinz Sachsen (2,6 Mill. Einw.) hat die Zählung vom Jahr 1891 ergeben, dass 564 Epileptische theils in Anstalten untergebracht, theils dieser bedürftig sind. Krafft berechnet für Bayern 1450 anstaltsbedürftige Kranke.

In Württemberg sind zur Zeit in runder Summe 520 Epileptische in Anstalten untergebracht, davon in Irrenhäusern 140, in Stetten i. W. 250, in Pfingstwaide 43, in 2 kleineren confessionellen Anstalten 87.

Nach einer gütigen Mittheilung von Dr. Habermaas in Stetten i. R. könnte die dortige Anstalt den Anforderungen zur Zeit genügen, wenn sie im Ganzen 300 Plätze zur Verfügung hätte und zwar in folgender Vertheilung:

| | M. | W. |
|---|---|---|
| Kranke in schulpflichtigem Alter . . . | 50 | 40 |
| Halberwachsene arbeitsfähige Kranke . . | 40 | 30 |
| Erwachsene arbeitsfähige Kranke . . . | 50 | 40 |
| Pfleglinge . . . . . . . . . . . . | 25 | 25 |
| | 165 | 135 |

Wir werden nicht weit fehl gehen, wenn wir annehmen, dass die andern Anstalten in Württemberg, die Epileptische aufnehmen, einer entsprechenden Erweiterung bedürften, um den Anforderungen zu genügen. Bei dieser Annahme kommen wir zu folgenden Zahlen: Es müssten Plätze vorhanden sein für

| | |
|---|---|
| schulpflichtige Epileptische . . . . . . . . . | 100 |
| halberwachsene Arbeitsfähige . . . . . . . . | 60 |
| erwachsene Arbeitsfähige . . . . . . . . . . | 140 |
| idiotische jugendliche Epileptische . . . . . | 50 |
| geisteskranke oder verblödete Kranke . . . . | 250 |
| | 600 |

Die Zahlen stimmen mit dem, was für einzelne preussische Provinzen und von Krafft für Bayern berechnet worden ist, so ziemlich überein.

Wie nach unten, so haben die Anstalten auch eine Grenze nach oben. Anstalten von 800—1000 Kranke stellen das äusserste dar, was noch unter einheitliche Leitung zu bringen ist. Anstalten von dieser Grösse sind nur dann zulässig, wenn für eine streng sachverständige Leitung und eine vollkommene Organisation Gewähr gegeben ist.

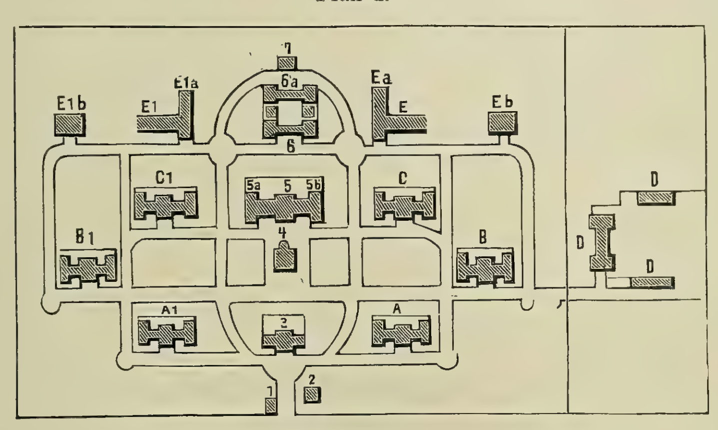
Das thatsächliche Anstaltsbedürfniss eines Bezirkes ist neben der Zahl der Epileptischen noch von manchen andern Umständen bedingt, namentlich durch die Möglichkeit, irre Epileptiker in Irrenanstalten und Idiotische in Idiotenanstalten unterzubringen.

Damit kommen wir an die Frage, ob es zweckmässig ist, Idioten und Epileptische in gemeinsamen Anstalten zu verpflegen.

Die pathologischen Zustände, die der Idiotie und der Epilepsie zu Grunde liegen, wie die praktischen Aufgaben, die der Erziehung, der Schule, der Beschäftigung gestellt sind, haben die manigfachsten Berührungspunkte. In jeder Idiotenanstalt giebt es eine ganze Anzahl Epileptischer und in jeder Epileptikeranstalt trifft man Schwachsinnige aller Abstufungen. Thatsächlich hat sich die Fürsorge für Beide gemeinsam entwickelt, und die Erfahrung hat längst gezeigt, dass eine gemeinsame Anstaltsfürsorge für beide ohne Nachtheile möglich ist.

Natürlich müssen die einzelnen Gruppen räumlich genügend getrennt sein. Ich lege die Skizze eines generellen Entwurfes für eine combinirte Anstalt bei.

Plan 4.




Genereller Entwurf für eine Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische, Idioten und Irre[1]).

Legende.

1. Portierhaus. — 2. Wohnung des Directors. — 3. Schulhaus. — 5. Wirthschaftsgebäude (Centralküche und Maschinenhaus). — 5a. Waschraum. — 5b. Werkstätte. — 6. Krankenhaus und Siechenhaus. — 6a. Abtheilung für Infectionskrankheiten. — 7. Leichenhaus.

Männliche (rechte) Seite.

A. Gebäude für schulfähige epileptische Knaben. — B. Gebäude für schulfähige idiotische Knaben. — C. Gebäude für gewerblich beschäftigte erwachsene und halberwachsene Kranke. — D. Oekonomiegebäude. — E. Pflegeabtheilung. — Ea. Abtheilung für Epileptische mit Zellenflügel. — Eb. Abtheilung für Pfleglinge kindlichen und jugendlichen Alters.

Weibliche (linke) Seite.

$A^1$. Gebäude für schulfähige epileptische Mädchen. — $B^1$. Gebäude für schulfähige idiotische Mädchen. — $C^1$. Gebäude für erwachsene und halberwachsene Kranke. — $E^1$. Pflegeabtheilung. — $E^1a$. Abtheilung für Epileptische mit Zellenflügel. — $E^1b$. Abtheilung für Pfleglinge kindlichen und jugendlichen Alters.

Praktisch wird sich die Sache so gestalten: grössere Verwaltungsbezirke, die genügendes Krankenmaterial haben, werden gesonderte An-

---

[1]) Entnommen aus der Denkschrift für Epileptiker- und Idiotenfürsorge in der Provinz Sachsen.

stalten für Idioten und für Epileptische errichten, für kleinere Kreise werden gemeinsame Anstalten zu errichten sein.

Man braucht nicht überall nach einem Schema vorzugehen. Wenn möglich soll sich die Erweiterung der Fürsorge an die Verhältnisse anschliessen, wie sie sich geschichtlich entwickelt haben. Es lassen sich freilich Fälle denken, in denen nur dann etwas Gutes erreicht werden kann, wenn man mit dem Vorhandenen radical aufräumt!

Eine geschlossene Irrenabtheilung halten wir für ein unabweisbares Bedürfniss für eine Epileptikeranstalt. Sie dient zur Aufnahme der völlig verblödeten Erwachsenen und der störenden und unruhigen Fälle, die sich nicht zum Aufenthalt in der freien Colonie eignen. Die Abtheilung muss beständig Raum frei haben zur Aufnahme von Kranken mit acuten Störungen. In ihren geistig gesunden Zeiten leben diese Patienten in der offenen Colonie. Das ist der einzige Weg, um die grausame Nothwendigkeit zu umgehen, Epileptiker, die nur ab und zu an gefährlichen Formen des Irrsinns leiden, ihr Leben lang in geschlossenen Anstalten zu halten.

Dass andere Formen von Irrsinn zusammen mit epileptischen Geisteskranken verpflegt werden, ist an sich nicht zu beanstanden. Die örtlichen Verhältnisse werden auch da und dort so liegen, dass es sich nicht vermeiden lässt, in der Irrenabtheilung der Epileptikeranstalt Geisteskranke anderer Art unterzubringen. Nur darf das Verhältniss nie so werden, dass die Epileptikeranstalt das Anhängsel an die Irrenanstalt bildet, sondern es muss umgekehrt sein. Eine grundsätzliche gemeinsame Verpflegung von Epileptischen und Irren, die Alt empfiehlt, möchte ich nicht als wünschenswerth bezeichnen.

Die Erfahrung in den bestehenden Epileptikeranstalten hat gelehrt, dass besonders in den Abtheilungen für jugendliche Kranke vielfach Nervenkranke anderer Art Aufnahme suchen und finden. In Stetten betrug die Zahl der Nichtepileptischen in der Abtheilung für Fallsüchtige bis zu 12 pCt. In erster Linie sind es Hysterische, um die es sich handelt, ferner schwere Fälle von Chorea, Athetose, ab und zu auch Kranke mit Tumoren, Erweichungsherden und Aehnliche. Sie kommen in die Anstalt entweder, weil ihre Leiden fälschlich für Epilepsie gehalten wird, oder weil man nicht weiss, wo man sie sonst unterbringen soll. Solche Patienten können anstandslos mit Epileptischen zusammen behandelt werden.

Alt hat sich über diesen Punkt in ähnlicher Weise geäussert. Er schlägt vor, einer solchen Anstalt, die grundsätzlich auch andere Nervenkranke aufnimmt, den Namen (Provinzial-) Nervenheilanstalt oder Nervenklinik zu geben.

Ein nicht undankbares Unternehmen wäre es, in Verbindung mit der Epileptikeranstalt, aber in genügender Entfernung, ein Curhaus zu errichten. Es wäre für vorübergehenden Aufenthalt solcher Kranken bestimmt, die für gewöhnlich des Anstaltsaufenthaltes nicht bedürfen. Von Bädern und von den meisten Curorten sind sie ausgeschlossen,

jedenfalls können die Kranken sie nur in Begleitung besuchen. Das ist nicht immer zu beschaffen und vertheuert die Sache. Das Haus müsste den Charakter eines einfachen Nervensanatoriums tragen. Geeignet wären dazu die Anstalten, die in schöner, besonders waldreicher Umgebung liegen.

Die günstigen Erfahrungen, die man in Schottland, England, Belgien und Deutschland mit der familiären Irrenpflege gemacht hat, legen den Gedanken nahe, diese Form der Fürsorge auch bei Epileptischen und Idioten anzuwenden.

So viel mir bekannt, ist dies bisher nur in einer Anstalt versucht worden, in Uchtspringe. Der Director der Anstalt Alt hat hierzu einen Weg beschritten, der alle Beachtung und Nachahmung verdient. Alt schreibt in dem zweiten Anstaltsbericht von Uchtspringe:

„Als sicherstes Mittel, tüchtige Handwerksmeister und ältere Wärter auf lange Zeit an die Anstalt zu fesseln, erschien die Möglichkeit, ihnen geeignete Familienwohnungen von Seiten der Anstalt zu bieten. Da solche Wohnungen in erreichbarer Nähe nicht vorhanden waren, musste die Gründung eines Dörfchens angestrebt werden. Daneben bestand die Absicht, in dem neu gegründeten Dörfchen jeder Familie eine Anzahl von Kranken in Verpflegung zu geben und so einen Ausgangspunkt für die Verbreitung der familiären Irrenpflege in der Umgebung der Anstalt zu schaffen“.

Es sind in der Nähe von Uchtspringe auch schon 10 Doppelhäuser errichtet worden. Neben genügenden Nutz- und Wohnräumen für die Familie befindet sich in dem Hause Raum für 3 Kranke, ausserdem ist bei jedem Haus ein Garten, Hof, Stallung für Kleinvieh vorhanden. Für die Wohnung bezahlt der Wärter jährlich 50 Mk. „Die Ausstattung der für die Kranken bestimmten Räume wird von der Anstalt übernommen und bleibt Eigenthum derselben. Sie rüstet auch die Kranken völlig aus und gewährt dem Pfleger für Beköstigung, für Instandhaltung und Reinigung von Kleidern und Wäsche eine tägliche Entschädigung von 60 Pfennig. Die Arbeitsleistung der Kranken kommt dem Pfleger zu Gute“. Die Einrichtung ist einer scharfen Beobachtung durch die Anstaltsbeamten unterstellt.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass auf diesem Wege ein geeigneter Aufenthalt für manche Kranke geschaffen werden und zugleich eine Entlastung der Anstalt erreicht werden kann.

Wie vorsichtig man aber in der Auswahl sein muss, zeigen die Erfahrungen, die man jetzt schon in Uchtspringe gemacht hat und die bei Epileptikern und Idioten keineswegs immer günstig waren. Von den Epileptikern dürften sich in erster Linie die eignen, die sehr selten Anfälle bekommen und durchaus arbeitsfähig sind. Bei schulpflichtigen Kindern wurde, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, die Wahrnehmung gemacht, „dass sie geweckter wurden und merkliche Fortschritte in ihrer geistigen Entwicklung machten“.

Unter den Kranken, die von Dalldorf aus in Familienpflege gegeben

wurden, machten die Epileptiker 24 pCt. aus, wie Bothe berichtet. Er bemerkt, dass für schwere Fälle keine Pflegestätten zu beschaffen seien.

Die weitere Erfahrung würde des Näheren zeigen, welche Fälle sich für freie Verpflegung eignen. Bei der engen Verbindung der Wärtercolonie mit der Anstalt kann man Versuche mit Familienverpflegung machen ohne jede Gefährdung der Kranken.

Der Vorstand der Anstalt muss ein approbirter Arzt sein, der dieselbe Stellung hat, wie der Director einer Irrenanstalt. Die Einrichtung des ärztlichen Dienstes kann überhaupt ganz nach dem Vorbild der Irrenanstalt geregelt werden.

Auf 100 bis 150 Kranken ist ein Assistenzarzt zu rechnen.

Der Director ist von Verwaltungsgeschäften, auch der Kassen-Verantwortlichkeit, thunlichst zu entlasten.

Die Grundsätze, die für ärztliche Behandlung Epileptischer überhaupt gelten, sind natürlich auch für die Insassen einer Anstalt massgebend. Ich brauche deshalb hier nicht mehr auf die eigentliche Therapie einzugehen.

Die Stellung des Seelsorgers soll dieselbe sein, wie in den Irrenanstalten.

Die Leitung des Unterrichtes ist dem Anstaltsgeistlichen oder einem Oberlehrer zu unterstellen.

Die Regelung des Unterrichts bedarf besonderer Fürsorge. Er soll im Ganzen dem einer guten Volksschule entsprechen, doch soll zur Erlernung von Realien und einer modernen Sprache Gelegenheit geboten sein. Für die schwachsinnigen Kinder sind die Grundsätze des Idiotenunterrichtes anzuwenden.

Beachtenswerth ist die Angabe von Kölle in Zürich über die Unterrichtsfähigkeit der jugendlichen Epileptischen. Er rechnet:

Für die Vorschule (einfachsten Unterrichtsstufe) . 15 pCt.
Eigentliche Schüler . . . . . . . . . . . . . 75 „
Nicht unterrichtsfähige Kinder . . . . . . . . 10 „

Auch in den Klassen, in denen der Unterricht einigermaassen dem normaler Kinder entspricht, ist stets dem Umstande Rechnung zu tragen, dass man es mit Kranken zu thun hat. Die Kinder sind mit Auswendiglernen möglichst zu verschonen. Bis jetzt wird in dieser Richtung noch viel zu viel verlangt. Besondere Rücksicht muss auf die Anfallsperioden genommen werden und die Lehrer müssen darüber stets auf dem Laufenden bleiben.

Dem Turnunterricht ist grosse Sorgfalt zu widmen. Insbesondere ist das Stabturnen zu üben. Uebungen am Reck und Barren sind nur mit Vorsicht und Beschränkung zuzulassen.

Der eigentliche Schulunterricht ist mit dem 14. bis 16. Jahr abzuschliessen. An seiner Stelle hat jetzt die gewerbliche Lehrzeit zu beginnen. Doch ist es nothwendig, daneben noch einige Stunden in der Woche dem Forbildungsunterricht zu widmen, um das Erworbene im Lesen, Schreiben, Rechnen, in der Naturgeschichte, der religiösen Unter-

weisung festzuhalten. Dabei wird sich Gelegenheit geben, in freier Weise die Kranken mit dem was draussen in der Welt geschieht, mit naturwissenschaftlichen Erscheinungen, geeigneten literarischen Producten bekannt zu machen.

In der weiteren Ausbildung wird die Landwirthschaft stets eine hervorragende Rolle spielen. Der Werth dieser Thätigkeit für Nerven- und Geisteskranke jeder Art ist so anerkannt, dass wir diesen Punkt nicht weiter zu erörtern brauchen.

Die Gärtnerei steht hinter der eigentlichen Landwirthschaft in ihrer Bedeutung für unsere Kranken nicht zurück. Es giebt dabei eine Menge leichter Hantirungen, die auch dem Schwächsten Arbeitsgelegenheit geben.

Zum Unterricht im eigentlichen Handwerk: Tischlerei, Flaschnerei, Buchbinderei, Schneiderei muss ausgiebig Gelegenheit gegeben sein. Namentlich ist dies nöthig für die Kranken, die geheilt oder gebessert die Anstalt verlassen können und denen wir durch gewerbliche Ausbildung das Fortkommen draussen ermöglichen.

Gerade für die Organisation der Arbeit werden die Anstalten in Bielefeld stets ein Vorbild sein. In der Art und Weise wie v. Bodelschwingh auch für den Schwächsten Arbeitsgelegenheit geschaffen hat, zeigt sich seine geniale Organisationskraft in glänzendem Licht.

Die Beschaffung eines guten Wartepersonals für Epileptikeranstalten ist ebenso wichtig und nicht weniger schwierig als in der Irrenpflege. Ueber wesentliche Punkte der Wärterfrage gehen die Ansichten der Irrenärzte noch auseinander. Darüber ist man einig, dass das Personal eine Bezahlung erhalten soll, die über den landesüblichen Lohn wesentlich hinausgeht, ferner darüber, dass man die Zukunft des Personals möglichst sicher stellen soll. Dazu dienen Steigerung des Lohnes mit der Dienstzeit, Geldprämien, Pension, Maassregeln für Wittwen- und Waisenversorgung, Ausdehnung des Unfallversicherungsgesetzes.

Getheilt sind die Ansichten noch darüber, ob man einen allgemeinen Berufswärterstand schaffen soll. Die gewichtige Autorität Ludwigs v. Heppenheim ist dagegen. Ein grosser Theil der Irrenärzte stimmen ihm insofern bei, als sie annehmen, dass eine Pflegeperson in der Mehrzahl der Fälle nach fünf bis sechs Jahren den Höhepunkt der Leistungsfähigkeit überschritten habe.

Thatsächlich dürfte sich die Sache so gestalten, dass es für jede Anstalt wünschenswerth ist, einen Stamm von älterem Personal zu haben, während die Mehrzahl des Personal rascher wechselt. So wird sich auch die Frage, ob man die Wärter heirathen lassen soll, nicht in einer allgemein gültigen Weise entscheiden lassen.

Wie Alt eine Einrichtung ins Leben gerufen hat, die geeignet ist, Mittelpunkte für familiäre Verpflegung zu schaffen und tüchtiges Personal festzuhalten, haben wir schon erwähnt.

Die Verwendung geistlicher oder confessioneller Orden und Genossenschaften ist nur da praktisch, wo die Anstalt, in der die Leute ihre An-

stellung finden, mit dem Mutterhaus in unmittelbarer Verbindung steht, wie dies in Bielefeld der Fall ist. Werden sie auswärts verwendet, so entstehen leicht Conflicte zwischen der Autorität des Mutterhauses und der der Anstalt, das ist bei Epileptikeranstalten ebenso unthunlich wie in Irrenhäusern.

Mit Recht hat der Verein der Irrenärzte in seinen Thesen über die Wärterfrage den Satz aufgenommen: „Jede Anstalt muss ihr Personal selbst heranbilden."

Wenn bei einem Menschen die Grundbedingungen: Pflichttreue, Menschenfreundlickeit, Ordnungssinn vorhanden sind, so hält es nicht schwer, ihn an den Dienst der Anstalt zu gewöhnen und ihm die einfachen Fertigkeiten, die zu der gewöhnlichen Pflege nöthig sind, beizubringen.

Dem Personal in Epileptikeranstalten sind neben den gewöhnlichen Dienstleistungen noch besondere Aufgaben gestellt. Bei der kurzen Dauer der epileptischen Anfälle kann es oft lang anstehen, bis der Arzt selbst einen solchen beobachtet. Das Personal muss zur Beobachtung mit herangezogen werden. Es muss darüber unterrichtet werden, worauf es ankommt, über die Vorboten des Anfalls, die Bewustseinstörung, den Beginn und Verlauf der Krämpfe, das psychische Verhalten vor und nach dem Anfall. Es ist zweckmässig für jeden Kranken ein kleines Buch zu halten, in das die Anfälle und sonstige Vorkommnisse vom Wärter eingetragen werden, in diesem Buch muss auch ein Schema enthalten sein, das die einzelnen für die Beobachtung wichtigen Punkte berücksichtigt.

Es wird stets nur in beschränktem Grade möglich sein, das Personal zu einer richtigen Auffassung des epileptischen Charakters zu bringen. Man gebe sich darüber keinen Illusionen hin. Die Mehrzahl der Pfleger und Pflegerinnen wird die unangenehmen und hässlichen Züge, die vorübergehend oder dauernd beim Epileptiker auftreten, als Aeusserungen boshafter Verstocktheit ansehen. Doch kann man namentlich an dem Beispiel einzelner Fälle, in denen der Unterschied im Benehmen in der anfallsfreien Zeit und während einer Anfallsperiode ganz besonders hervortritt, einiges Verständniss wecken. Das Beste ist immer eine fortgesetzte genaue Ueberwachung des Personals. Auch so werden sich Rohheiten gegen die Patienten nicht immer verhüten lassen. Hat es sich um Thätlichkeiten gehandelt, ist die sofortige Entlassung nothwendig, bei wirklichen Misshandlungen ist es das einzig Richtige den Wärter beim Gericht anzuzeigen.

## Die Fürsorge für Idioten.

### 1. Die Krankheitserscheinungen bei der Idiotie.

Unter dem Namen Idiotie fasst man alle Zustände zusammen, in denen eine Missbildung oder eine Erkrankung des Gehirns zu einer Hemmung der geistigen Entwicklung vor der Pubertät und dadurch zu dauernder geistiger Schwäche geführt hat.

Das Hauptsymptom der Idiotie, das allen ihren Formen und Abstufungen gemeinsam ist, ist die psychische Schwäche; wir finden sie in allen Graden, von dem völligen Blödsinn bis an die schwankenden Grenzen normalen Verhaltens, bis an die Uebergänge zur Dummheit und Beschränktheit.

Die psychische Schwäche kann auftreten als rein torpide, anergetische Form. Die Perception fehlt oder ist vermindert, die Association der Vorstellungen ist dürftig oder langsam. Oder haben wir es mit der erethischen Form zu thun: Es findet eine rasche und lebhafte Perception statt, die aber wegen der beständigen Ablenkung durch äussere Eindrücke nicht oder nur in spärlichem Umfang zur Bildung bestimmter Vorstellungsgruppen führt und das Festhalten der Eindrücke durch das Gedächtniss schädigt.

Zu der psychischen Grundstörung der Idiotie — der psychischen Schwäche — treten nicht selten noch Störungen anderer Art. Dieses complicirende Irresein äussert sich meist in unentwickelten Formen und hat die Neigung, in periodischer oder circulärer Weise aufzutreten. Hallucinationen kommen vor, aber nicht gerade häufig, dagegen beobachtet man öfters Zwangsvorstellungen, die als solche peinlich empfunden werden können. Primäre Wahnvorstellungen sind nicht selten, sie können zu Krankheitsbildern führen, die an Verrücktheit erinnern.

Alle Idioten sind — in sehr verschiedenen Graden — sittlich mangelhaft veranlagt. Es hängt von der Umgebung, in der sie aufwachsen und von der Erziehung ab, in wie weit die dürftige sittliche Anlage sich zu Besserem entwickelt oder verödet. Meist handelt es sich um einen einfachen Mangel altruistischer Gefühle, aber auch eine triebartige Neigung zum sittlich Hässlichen und zu verbrecherischen Handlungen ist nicht selten.

Insofern kann man die Idioten, vom ethischen Standpunkt aus, eintheilen in solche, die de rGesellschaft hilflos, und solche, die ihr feindlich gegenüber stehen: „Les idiots sont extrasociaux, les imbéciles antisociaux“ (Sallia).

Es mögen hier noch einige Zahlen folgen über die Criminalität und Gemeingefährlichkeit der Idioten.

Nach dem Durchschnitt vom Jahr 1877—1891 waren von den in den württembergischen Staats-Irren-Anstalten aufgenommenen Idioten 63,6 pCt. mit dem Gesetz in Conflikt gekommen. In den Jahren 1892

und 1893 26,3 pCt. Diese Zahlen dürfen nicht auf die Idioten überhaupt übertragen werden, denn gerade diejenigen, die gemeingefährlich oder criminell sind, werden in erster Linie in die Irrenanstalten eingewiesen werden.

Nach Koch fanden sich unter den Idioten bei männlichen Kranken 3,46 pCt., bei weiblichen 3,47 pCt. gemeingefährliche Kranken (bei den Geisteskranken derselben Zählung 11,67 und 10,50 pCt.).

Verbrecherische, d. h. schon bestrafte Individuen fanden sich unter den männlichen Kranken 1,30 pCt., bei weiblichen 0,42 pCt. Die hereditär belasteten Kranken zeigten dabei eine etwas höhere Ziffer als die nicht belasteten.

Unter den Vergehen steht der Diebstahl, der fast die Hälfte ausmacht, in erster Linie.

Kölle jun. hat gerichtlich psychiatrische Gutachten aus der Züricher Anstalt Burghölzli veröffentlicht. Unter 109 geisteskranken Verbrechern werden dort 19 Fälle, also 17,4 pCt. (die Epileptiker nur 11 pCt.) von angeborenem Schwachsinn angeführt.

Wir dürfen nicht vergessen, dass besonders bei leichteren Vergehen nur die ausgebildeten Formen des idiotischen Schwachsinns zu ärztlicher Begutachtung kommen. Alle Sachverständigen sind darüber einig, dass sich in den Correctionshäusern und in den Strafanstalten eine grosse Anzahl von Schwachsinnigen befinden.

## 2. Die anatomischen Veränderungen bei der Idiotie.

Als das Wesentliche von den anatomischen Veränderungen, die wir bei den Idioten finden, haben wir die histologischen Veränderungen in der Rinde des Grosshirns anzusehen. Sie bestehen häufig für sich allein. In vielen Fällen sind sie begleitet von grösseren Missbildungen und den Resten und Folgen von Krankheiten. Wir erwähnen die abnorme Anordnung der Windungen, Balkenmangel, ferner die Folgezustände von Embolien, Thrombosen und von meningitischen Processen: Porencephalie, Cystenbildung, Atrophie einzelner Lappen oder ganzer Hemisphären, die Hydrocephalie. An die Veränderungen des Gehirns schliessen sich die des Rückenmarks an, besonders sind es die Pyramidenbahnen, die in Mitleidenschaft gezogen werden.

Die Erkrankungen und Missbildungen des Gehirns haben häufig eine mangelhafte Entwicklung oder eine Verbildung des Hirnschädels im Gefolge: Microcephalie, Macro- und Hydrocephalie, Trigoncephalie und vielfach asymmetrische Bildungen.

Diese Veränderungen des centralen Nervensystems verursachen vielfach schwere neuropathische Störungen: Hemiplegien, Hemiparesen, schlaffe und spastische Paraplegien, mannigfache Sprachstörungen, choreatische und athetotische Zustände, Affectionen des Sehnerven, des Olfactorius und Acusticus. Bei 30 pCt. der Idioten

treten epileptische Zustände vorübergehend oder für die Lebensdauer auf.

Weniger als unmittelbare Folgen der centralen Veränderungen, wie als Ausdruck der allgemeinen Entartung und Verkümmerung, sind die Degenerationszeichen anzusehen: die Missbildungen des Gaumens, der Ohren, abnorme Entwicklung und Stellung der Zähne, Anomalien in der Behaarung. Die Scrophulose und Rhachitis, die bei den Idioten häufig auftreten, liefern noch weitere Züge zu der schon äusserlich pathologischen Erscheinung vieler Schwachsinniger.

Die Vereinigung schwerer Hemmung, die das Individuum in der ersten Zeit seiner intellectuellen und moralischen Entwicklung trifft, mit vielfachen körperlichen Entwicklungsstörungen zeigt uns die Idiotie als die tiefste Stufe der Entartung der Rasse.

### 3. Die Eintheilung der Idiotie.

Die Idiotie ist keine Krankheit für sich. Sie ist die Folge der allerverschiedensten mittelbaren und unmittelbaren Ursachen, ihre einzelnen unendlich verschieden Abstufungenen werden nur durch ein Symptom — die psychische Schwäche — zusammengehalten. Dass es die grössten Schwierigkeiten hat, hier eine befriedigende Eintheilung zu finden, liegt auf der Hand.

Die beste Eintheilung wäre hier, wie auf anderen Gebieten, die aetiologische. Dazu fehlen die nöthigen klinischen Grundlagen so gut wie ganz. Nur eine Form der Idiotie: der Cretinismus kann von aetiologischem Standpunkt aus scharf von den anderen Formen getrennt werden.

Eine Eintheilung auf anatomischer Grundlage ist schon mehrfach versucht worden. Ich führe als Beispiel die von Bourneville an.

1. Die Idiotie nach Hydrocephalus (Idiotie symptomatique de l'Hydrocèphalie).
2. Die microcephale Idiotie.
3. Die Idiotie nach einer angeborenen oder erworbenen Missbildung des Gehirns.
4. Idiotie nach tuberöser Sklerose der Hirnwindungen.
5. Idiotie nach atrophischer Sklerose des Gehirns.
6. Idiotie nach Meningitis oder Meningoencephalitis.
7. Idiotie mit Myxoedem (sporad. Cretinismus).
8. Idiotie in Folge von Hirntumoren.

Diese Eintheilung umfasst einen grossen Theil der Idioten nicht. Vom pathologisch-anatomischem Standpunkt aus ist sie nicht einheitlich. Zum Beispiel ist microcephale Idiotie und Idiotie mit angeborener Missbildung des Gehirns keineswegs gleichwerthig. Bei der Microcephalie finden sich häufig gröbere Aenderungen im Gehirn, von den histologischen Veränderungen ganz abgesehen. Ich sehe deshalb auch nicht

ein, was damit gewonnen sein soll, wenn wir nach dem Vorschlag von Sommer (Giessen) die Microcephalie von der Idiotie abtrennten. Es giebt eine Gruppe von Microcephalen, die eine grosse Familienähnlichkeit haben, die Aztekenköpfe. Klinisch nach Grad und Form des Schwachsinns sind sie wieder sehr verschieden. Bei der proportionalen Form der Microcephalie finden wir nicht nur die verschiedensten klinischen Erscheinungen, sondern auch höchst verschiedene Veränderungen am Gehirn.

Je mehr wir uns davon überzeugen, dass die Anomalien des Schädels bei Idioten nur secundär sind und die verschiedensten Veränderungen des Gehirns begleiten können, umso mehr werden wir davon absehen, die Schädelformen zur Grundlage einer Eintheilung zu machen.

Die verbreitetste Eintheilung geht von dem klinischen Grundsymptome der Idiotie, der psychischen Schwäche aus und unterscheidet die einzelnen Gruppen nach den verschiedenen Graden dieser Schwäche.

Wenn wir uns daran erinnern, dass die Idiotie eine Entwicklungshemmung ist, infolge deren das geistige Leben auf irgend einer Stufe stehen bleibt, ehe das normale Ziel zur Zeit der Pubertät erreicht ist, so liegt es nahe, diese Stufen mit den einzelnen Abschnitten der normalen Entwicklung zu vergleichen. Wir dürfen dabei nur nicht vergessen, dass es sich bei den Idioten so gut wie nie um einen einfachen Mangel des Intellects handelt, sondern noch um andere physische und psychische Krankheitserscheinungen. Von diesem Grundsatze aus können wir die Idiotie in 2 Hauptgruppen eintheilen.

Die erste, der idiotische Blödsinn, entspricht dem fötalen Zustande oder dem Verhalten des normalen Kindes in den ersten Tagen nach der Geburt. Die zweite Stufe, der idiotische Schwachsinn, umfasst alle Stadien von der frühen Kindheit bis an die obere Grenze.

Diese zweite Stufe können wir in 2 Unterabtheilungen bringen;

a) den hochgradigen idiotischen Schwachsinn, er entspricht der Intelligenzstufe eines 3—4 jährigen Kindes;

b) den idiotischen Schwachsinn mittleren und leichteren Grades entspricht den Stadien der späteren Kindheit.

Von hier führen unzählige Uebergänge in das gesunde Leben hinüber. Die Grenze zwischen krank und gesund verschiebt sich sogar nach der socialen Stellung des Individuums.

Die Schwelle zwischen der frühen und späteren Kindheit ist dadurch gekennzeichnet, dass von da an das Kind seine Muttersprache grammatikalisch und syntaktisch richtig handhaben lernt. Die Sprache zum Eintheilungsprincip für die Idioten überhaupt zu machen, ist wegen der vielfachen Sprachanomalien der Idioten, die nicht auf dem Intelligenzdefect beruhen, unmöglich.

Dem praktischen Bedürfniss entspricht diese Eintheilung insofern, als man sagen kann: der idiotisch Blödsinnige ist bildungsunfähig, der hochgradig idiotisch Schwachsinnige ist erziehbar, der idiotisch Schwach-

sinnige mittleren und leichteren Grades ist unterrichtsfähig. Klinisch ist zu bemerken, dass beim hochgradigen idiotischen Schwachsinn die erethischen Formen überwiegen.

Schüle hat eine ähnliche Eintheilung angenommen und auch die geistvolle Eintheilung Solliers' nach dem Grade der Aufmerksamkeit kommt schliesslich auf ähnliches hinaus, obgleich er die Parallisirung der einzelnen Stufen der Idiotie mit den kindlichen Entwicklungsstadien bekämpft. Befriedigend ist diese Eintheilung, die die anatomischen Veränderungen bei Seite lässt, gewiss noch nicht.

Es ist erst ein streng wissenschaftlicher Versuch gemacht worden, die fundamentalen anatomischen Grundlagen der Idiotie, die pathologischen Veränderungen der Hirnrinde mit den klinischen Erscheinungen in Einklang zu bringen. Es ist dies geschehen durch die Arbeit des leider viel zu früh gestorbenen schwedischen Arztes Dr. Carl Hammarberg. Er hat die Gehirne von 8 Idioten histologisch untersucht und kommt zu folgenden Schlüssen:

„In sämmtlichen Fällen haben die psychischen Defecte mit einem Mangel an functionstüchtigen Nervenzellen in der Hirnrinde in Zusammenhang gebracht und dadurch erklärt werden können, mag dieser Mangel dadurch zu Stande gekommen sein, dass der grössere Theil der Hirnrinde in einem Entwicklungsstadium stehen blieb, das dem Embryonalstadium oder dem früheren Kindesalter in ihrer normalen Entwicklung entspricht, infolge davon, dass nur eine geringe Zahl Zellen eine höhere Entwicklung erreichte, oder dadurch, dass die Zellen während des Wachsthums der Rinde zerstört wurden.

In sämmtlichen Fällen hat nachgewiesen werden können, dass die Rinde in einem gewissen Stadium in ihrer normalen Entwicklung gestört worden ist".

Hammarberg kommt dann weiter zu folgendem Ergebniss:

„1. Wenn die Entwicklungshemmung im späteren Stadium des Fötallebens eintritt und der grössere Theil der Hirnrinde eine höhere Entwicklung nicht erreicht hat, als die Rinde in diesem Stadium unter normalen Verhältnissen, so fehlt bei dem Patienten jede Spur des Bewusstseins. Psychische Entwicklung ist unmöglich. Hierher gehören die unter der Gruppe Blödsinn zusammengefassten Idioten.

2. Wenn das hemmende Moment die Hirnrinde während des Fötallebens oder im ersten Lebensjahre getroffen hat und der grössere Theil der Hirnrinde eine höhere Entwicklung nicht erreicht hat als bei Normalen in einem der ersten Lebensjahre, so fehlen bei den Patienten zwar Auffassung und Bewusstsein nicht, aber ihre psychische Entwicklung steht in einem Stadium, das sich bei Normalen in einem der ersten Lebensjahre wiederfindet. Hierher gehören die Kranken, die man als in hohem Grade schwachsinnig bezeichnet.

3. Wenn das hemmende Moment die Hirnrinde während des ersten Lebensjahres getroffen hat und nur ein kleines Gebiet in der Entwicklung zum Stillstand gebracht worden ist, während der grössere Theil

der Hirnrinde sich nach allen Hinsichten entwickelt hat, ausser in Bezug auf die Anzahl der Zellen, die geringer bleibt als normal, dann werden die psychischen Functionen des Patienten träge und weniger entwickelt als bei Normalen von gleichem Alter, ohne dass sein Entwicklungsstadium in psychischer Hinsicht mit Bestimmtheit mit einem der Stadien des normalen Kindesalters verglichen werden kann. Dies sind die mässig Schwachsinnigen.

Bei allen 3 Gruppen können, je nachdem das eine oder andere Rindengebiet stärker ergriffen worden ist, Störungen von Seiten der Hirnnerven, der Motilität und der Sensibilität gleichzeitig vorkommen".

Wir haben die Schlussfolgerungen Hammarberg's eingehend mitgetheilt, weil sie die oben gegebene Eintheilung anatomisch begründen, namentlich aber, weil durch Hammarberg's Untersuchungen der Weg vorgezeichnet ist, auf dem sich die anatomische und klinische Erforschung der Idiotie zu bewegen hat. Bis auf diesem Wege genügendes Material herbeigeführt worden ist, bleibt uns nichts anderes übrig als eine doppelte Buchführung: eine klinische Eintheilung, die von dem Grundsymptome der Idiotie, der psychischen Schwäche ausgeht und eine Beschreibung einzelner anatomisch oder aetiologisch gut charakterisirter Formen.

Noch ein Wort über die Nomenclatur. Es ist das allein richtige, für alle hier in Betracht kommenden Formen das Wort Idiotie, idiotisch beizubehalten und von idiotischem Blödsinn, idiotischem Schwachsinn zu reden. Damit ist die Zeit der Entstehung des krankhaften Zustandes und die Prognose festgestellt. In diesem Sinne soll das Wort Idiotie im folgenden angewandt werden.

Ich halte es nicht für richtig und glaube, dass es zu falscher Auffassung führen kann, wenn man Schwachsinnige, Imbecille den Idioten gegenüberstellt, wie wenn es sich um grundsätzlich verschiedene Zustände handeln würde.

Die greulichen Worte „Vollidiot, Halbidiot" oder sogar „Vollblöder und Halbblöder" muss man verabscheuen. Dass man nach aussen den Anschauungen des Publikums Rechnung tragen und bei den Schulen und den Anstalten für unsere Kranken das Wort Idiot nicht auf den Schild schreiben wird, ist selbstverständlich.

## 4. Die Ursachen der Idiotie.

Wir sind über die Aetiologie der idiotischen Zustände weniger genau unterrichtet, als man nach der Verbreitung des Leidens und der grossen Literatur darüber annehmen sollte. Der Erhebung der Ursachen stehen besondere Schwierigkeiten entgegen.

Noch mehr als bei der Epilepsie verschweigen die Angehörigen oft absichtlich das Wichtigste in der Vorgeschichte, namentlich die Thatsachen, die sich auf erbliche Belastung beziehen. Wissentlich oder unwissentlich wird die Krankengeschichte so verschoben, dass der Schwachsinn des Kindes nicht als die Folge angeborener Anlage, sondern anderer

Umstände, während oder nach der Geburt, einer acuten Krankheit einer Verletzung oder von Aehnlichem erscheint. Dazu kommt, dass der psychische Zustand von Kindern in der ersten Lebenszeit nicht leicht zu beurtheilen ist, namentlich nicht bei Erstgeborenen, wenn die Eltern die Entwicklung normaler Kinder nicht aus eigener Anschauung kennen.

Eine richtige Würdigung der einzelnen Ursachen wird dadurch erschwert, dass oft mehrere zusammen vorkommen z. B. Trunksucht, moralische Verkommenheit des Vaters und üble körperliche und seelische Einwirkungen auf die Mutter während der Schwangerschaft.

In der überwiegenden Häufigkeit ist die Idiotie angeboren.

Nach einer im Jahre 1887 veranstalteten Statistik in den deutschen Idiotenanstalten, die 1287 Fälle umfasst, sind als angeboren angegeben 66 pCt., Piper findet bei 416 Fällen 71,6 pCt. Bei 110 Fällen mit genauer Anamnese aus meiner Praxis fand ich sie angeboren in 80 pCt., erworben in 20 pCt. der Fälle.

Es liegen keine Thatsachen vor, die annehmen lassen, dass einzelne Rassen oder Nationalitäten besonders zur Idiotie veranlagt sind. Soweit wir Zählungen haben, ergeben sich überall annähernd die gleichen Zahlen.

Eine besondere Form der Idiotie, der endemische Cretinismus beruht wohl auf miasmatischen Einflüssen, die zweifellos an topographische und geologische Verhältnisse gebunden sind. Bei den übrigen Formen der Idiotie ist dies nicht der Fall.

Die Zählungen in den verschiedenen Ländern haben mit grosser Uebereinstimmung ergeben, dass es mehr männliche als weibliche Idioten gibt. Es fanden sich:

| | auf 1000 männliche — | auf 1000 weibliche Einwohner |
|---|---|---|
| in Württemberg . . . | 2,18 Idioten | 1,98 Idioten |
| in Preussen . . . . | 1,47 „ | 1,27 „ |
| in Frankreich . . . | 1,14 „ | 0,81 „ |

Bei den Geisteskranken verhält es sich umgekehrt, für Deutschland ist hier das Verhältniss der männlichen zu den weiblichen Kranken wie 100 : 108.

Möglicherweise kommt dabei in Betracht, dass bei den leichteren Formen des Schwachsinns das weibliche Geschlecht social weniger geschädigt wird als das männliche. Weibliche Idioten leichteren Grades finden zu Hause eher Unterkunft und Beschäftigung als männliche Kranke.

Es wird allgemein angegeben, dass die Idiotie in den ärmeren Classen häufiger sei als in den bemittelten.

Mayr giebt an, dass von 1000 Menschen idiotisch sind

| | |
|---|---|
| in den liberalen Berufsarten . . . . . . | 5,26 |
| in dem Handel und Verkehr . . . . . | 9,26 |
| in dem Gewerbe . . . . . . . . . . | 10,3 |
| in der Landwirthschaft . . . . . . . . | 13,81 |

Nach Koch stammen aus

| | | |
|---|---|---|
| den wohlhabenden Classen . . . . . | 23,2 | pCt. |
| den wenig vermögenden Classen . . . | 33,3 | „ |
| den armen Classen . . . . . . . . . | 43,5 | „ |

Auch nach der Statistik von Dick aus der Rheinprovinz ist der arme Theil der Bevölkerung weit mehr an der Production von Idioten betheiligt als die wohlhabenden und mässig bemittelten Volksschichten. Aehnliches berichtet Zillner aus Salzburg.

Es dürfte sich fragen, ob nicht bei den Zählungen die idiotischen Angehörigen der wohlhabenden Stände eher übergangen werden, als die der armen, schon aus dem Grund, weil für die Fürsorge der armen Idioten häufig öffentlich Unterstützung angerufen werden muss.

Jedenfalls lehren uns diese Zahlen, dass wir es bei der Fürsorge für Idioten hauptsächlich mit den Angehörigen der ärmeren Volksclassen zu thun haben.

Nach meinen in Stetten i. R. gemachten Erfahrungen fanden sich belastende Umstände in der Ascendenz bei 64,4 pCt. der Idioten.

Unter hereditären Momenten finden sich — bei der Berechnung auf die Gesammtzahl der Kranken:

| | | |
|---|---|---|
| Psychosen . . . . . . . . . . . | 32,2 | pCt. |
| Alkoholismus . . . . . . . . . | 13,3 | „ |
| Functionelle Neurose . . . . . | 4,4 | „ |
| Psychosen u. organische Hirnkrankheit | 3,4 | „ |
| Epilepsie . . . . . . . . . . . | 3,3 | „ |
| Alkoholismus und Psychose . . . | 2,7 | „ |
| Psychose und Neurose . . . . . | 2,2 | „ |
| Alkoholismus und Neurose . . . . | 1,8 | „ |
| Alkoholismus und Epilepsie . . . | 1,7 | „ |
| Psychose und Epilepsie . . . . . | 1,7 | „ |

Auf die hereditären Momente berechnet waren:

| | | |
|---|---|---|
| Psychosen in . . . . . . . . . | 50,0 | pCt. |
| Alkoholismus in . . . . . . . . | 20,6 | „ vorhanden. |

Nähere Betrachtung verdient die Trunksucht in der Ascendenz der Idioten. Wie erwähnt, fand ich Trunksucht allein einer oder beider Eltern in 13,3 pCt. der Kranken überhaupt (in 20,6 pCt. der belasteten Fälle), Alkoholismus mit anderen belastenden Umständen in 5,7 pCt. Die Ansichten der Aerzte über diesen Punkt stimmen nicht überein. Nach Holst wurde bei einer Zählung in Norwegen im Jahre 1835 ein Zunahme der Idioten um 150 pCt. gegen die frühere Zählung festgestellt. Sie wurde auf ein im Jahre 1826 erlassenes Gesetz zurückgeführt, durch das die Branntweinbrennerei freigegeben worden war.

In Connecticut fand man Trunksucht der Eltern in 32 pCt. der Idioten, in Illinois dagegen nur in 2 pCt. Grabham und Shuttleworth fanden Alkoholismus ebenfalls nicht häufig als belastendes Moment. Kind fand bei einer sehr sorgfältigen Untersuchung Trunksucht der Eltern und Grosseltern in 11,38 pCt.: 55 pCt. der idiotischen Nach-

kommen der Trinker sind blödsinnig. Ueber die Geschwister dieser von ihm untersuchten Idioten berichtet Kind: Von 107 Geschwistern starben 21 vor oder während der Geburt, 42 starben an Krämpfen und Hirnhautentzündung, 14 gingen an Tuberculose, 3 durch Selbstmord zu Grund. Von 51 lebenden Geschwistern sind 6 marastisch, 23 skrophulös, 19 idiotisch, 2 epileptisch, 1 paretisch.

In 7,7 pCt. waren in der Zusammenstellung von Kind neben der Trunksucht noch andere belastende Momente vorhanden.

Es wird heutzutage allgemein angenommen, dass Blutverwandtschaft der Eltern für sich allein bei der Aetiologie der Idiotie keine Rolle spiele.

Ueber ihre thatsächliche Häufigkeit bei den Eltern von Idioten schwanken die Angaben zwischen 4 und 7 pCt.

Es mag zugegeben werden, dass die Ehe zwischen völlig gesunden Blutsverwandten die Nachkommenschaft nicht beschädigt. Aber das muss mit allem Nachdruck hervorgehoben werden, dass wenn zu der Blutsverwandtschaft bei dem einen oder andern Theil eine degenerative Anlage auch nur in schwachem Grade kommt, die Folgen geradezu fürchterliche sein können. Da man selten in der Lage sein wird, das Vorhandensein einer solchen Anlage mit völliger Sicherheit auszuschliessen, halte ich es für das Richtige, Verwandtenheirathen stets zu widerrathen.

Zweifellos sicher ist die Thatsache, dass sich unter den Idioten verhältnissmässig viele Erstgeborene befinden. Kind giebt 29 pCt. an, Piper 32 pCt., ich fand bei 110 Idioten der Privatpraxis 40 pCt.

Kind findet ferner, dass die mit Idioten heimgesuchten Familien sehr kinderreich sind, und dass ein Drittel dieser Kinder an schweren Hirn- und Nervenkrankheiten leiden.

Bei der Würdigung dieses Verhältnisses muss man berücksichtieen, dass bei den Idioten die Zahl der unehelichen Kinder höher ist als im Durchschnitt der Bevölkerung. Bei den unehelich geborenen überwiegen aber die Erstgeburten. Um ein ganz genaues Resultat zu bekommen, müsste man nur ehelich geborene Kinder vergleichen.

Ueber den Einfluss von Verletzungen des Kopfes während der Geburt durch Applikation der Zange oder durch lange Compression im Geburtsweg mit nachfolgender Asphyxie sind die Ansichten verschieden. Auch hier zeigt sich wieder die Schwierigkeit, eine zuverlässige Anamnese zu erhalten. Die neueste und zuverlässigste Arbeit darüber stammt von Wulff. Unter 1436 Idioten der Anstalt in Langenhagen, waren 198 vor, während oder gleich nach der Geburt von einem solchen Insult getroffen worden, also in 13,8 pCt. Von diesen Patienten war eine grössere Anzahl epileptisch, als dem Durchschnitt in Langenhagen entspricht. Auch lernten diese Kranken besonders spät sprechen und gehen. Bildungsfähig waren nur 36,8 pCt., während von den übrigen Kranken im Ganzen 40—50 pCt. bildungsfähig sind.

Acute Infectionskrankheiten mit meningitischen Erscheinungen,

besonders die acuten Exantheme, sind nach meiner Erfahrung in etwa der Hälfte der Fälle von erworbener Idiotie als die Ursache anzusehen.

Noch wenig Sicheres weiss man über ererbte Luës als Ursache der Idiotie. Langdon Down führt 2 pCt. der Idiotie darauf zurück. Shuttleworth und Judson Bary sind der Ansicht, dass ererbte Syphilis eine viel grössere Rolle spiele. Die Schwierigkeit einer genauen Anamnese ist hier ganz besonders gross. Unter 110 Fällen der Privatpraxis habe ich 13 Fälle (9 männliche, 4 weibliche) also 11,8 pCt. gesehen, bei denen theils nach der Anamnese, theils nach dem Befund bei den Kranken Luës hereditaria mit grosser Wahrscheinlichkeit oder mit Sicherheit anzunehmen war.

Für den Durchschnitt ist diese Zahl zu hoch, denn da diese Fälle neben dem Schwachsinn häufig schwere somatische Krankheits-Erscheinungen zeigen, so wird ärztliche Hülfe eher aufgesucht werden, als bei anderen Idioten.

Eine sichere Entscheidung kann nur die Beobachtung in den Anstalten geben.

Schädelverletzungen sind selten die Ursache der Idiotie, so geneigt auch die Angehörigen zu sein pflegen, irgend einem harmlosen Trauma den Zustand ihres Kindes zur Last zu legen.

Eine wichtige Rolle bei der Aetiologie idiotischer Zustände, spielt die Epilepsie. Wir haben erwähnt, dass bei 30 pCt. aller Idioten epileptische Erscheinungen dauernd oder vorübergehend auftreten. In vielen Fällen, wenn sich die Anfälle in den ersten Lebensjahren zeigen, ist es nicht möglich, zu entscheiden, ob die Epilepsie Ursache oder Complication der Idiotie sei. Bei sorgfältig beobachteten Kindern wird man sehr oft erfahren, dass sie schon vor den Anfällen stumpf, apathisch, schwächlich, dass sie „anders“ gewesen waren, als die übrigen Kinder. Dies gilt besonders für die Epilepsie nach Polioencephalitis, auf die wir in der Anamnese überaus häufig stossen. Befällt sie ältere Kinder, die vorher zweifellos geistig normal waren, so ist ihr Einfluss auf die psychische Entwicklung verhältnissmässig weniger schlimm, als der der echten Epilepsie, selbst dann, wenn die Anfälle bestehen bleiben.

## 5. Die Verbreitung der Idiotie.

Wir verfügen über eine Anzahl von Zählungen aus verschiedenen Ländern, von denen einige hier angegeben werden sollen.

Es wurden gefunden auf 100 Einwohner:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| in Württemberg | i. J. 1875 | b. | 1,836,218 | Einw. | 3,180 | Id. | = 0,207 |
| „ Preussen . . | „ „ 1871 | „ | 24,643,623 | „ | 33,740 | „ | = 0,137 |
| „ Prov. Sachsen | „ „ 1891 | „ | 2,103,147 | „ | 2,328 | „ | = 0,12 |
| „ Bayern . . | „ „ 1877 | „ | 4,863,450 | „ | 7,365 | „ | = 0,15 |
| „ Sachsen . . | „ „ 1871 | „ | 2,255,624 | „ | 3,674 | „ | = 0,143 |

Für ganz Deutschland ergiebt sich die Zahl von

53,522 Idioten = 0,1409 auf 1000 Einwohner.

Soweit vergleichbare Zählungen vorliegen, scheint die Idiotie in Abnahme begriffen zu sein. In Württemberg ergab die Zählung:

im Jahre 1841 = 0,239 Idioten auf 100 Einwohner
„ „ 1875 = 0,207 „ „ 100 „

Stahl behauptet für Norwegen mit Bestimmtheit eine Abnahme und nach Guttstadt kamen in Preussen auf 1000 Einwohner

im Jahre 1871 = 14,2 Idioten
„ „ 1880 = 11,0 „

Koch kommt nach sorgfältiger Abwägung der Verhältnisse, besonders der Verschiedenheiten in der Art der Untersuchung zu dem Schluss, dass eine Abnahme der Idiotie im grossen Ganzen wahrscheinlich sei, dass sie aber nicht in dem starken Verhältniss stattfinde, wie dies nach einzelnen Zählungen der Fall zu sein scheine.

Ich halte diese Abnahme der Idiotie für einen der Beweise gegen die Behauptung, dass das heutige Geschlecht in zunehmender nervöser Entartung begriffen sei.

### 6. Die Prognose der Idiotie.

Dass die Lebensdauer der Idioten eine kürzere sei, als die der nicht idiotischen Bevölkerung, wird allgemein angenommen. Nach Mayr gilt dies namentlich für die schweren Formen.

Die hauptsächliche Todesursache bei Idioten, ist die Tuberculose. Nach der Zusammenstellung von Wulff sind in den Idioten-Anstalten 48,6 pCt. der Verstorbenen an Tuberculose zu Grunde gegangen. Ausserhalb der Anstalt liegen die Verhältnisse günstiger.

Heilung, im medicinischen Sinn, ist ausgeschlossen.

Bei der Mehrzahl der Idioten kommen nur die Resultate in Betracht, die durch die Anstaltserziehung erreicht werden.

Bei dem idiotischen Blödsinn und dem hochgradigen idiotischen Schwachsinn ist eine Besserung nur insofern zu erreichen, als die Kranken in ihrem Gebahren an Ordnung und Reinlichkeit gewöhnt werden können. Bei den leichteren Formen findet unter geeigneter Leitung eine weitere Entwicklung statt, aber bald wird der Höhepunkt erreicht und es macht sich ein langsam abwärts zielender Verlauf geltend, der nur durch fortgesetzte Ueberwachung und Fürsorge einigermaassen aufgehalten werden kann.

Idioten schwereren und leichteren Grades, denen eine sorgfältige Ueberwachung und Unterweisung nicht zu Theil wird, verkümmern intellectuell und entarten moralisch. Diese „verwilderten Idioten“ sind gefährlich, namentlich dadurch, dass sie willenlose Werkzeuge in der Hand schlechter und verbrecherischer Menschen werden können.

Ueber die Erfolge, die in Idioten-Anstalten erzielt werden können, möchte ich die Ergebnisse von der Anstalt in Stetten aus dem Zeitraum von 1882—1897 anführen. Die Mittheilung der Ergebnisse aus den Jahren 1889—97 verdanke ich Herrn Dr. Habermaas.

Als sehr gebessert werden die Idioten bezeichnet, die im Stande sind, nach dem Austritt aus der Anstalt an dem Unterricht normaler Kinder (wenn auch nicht in demselben Lebensalter) Theil zu nehmen, oder solche, die gelernt haben, in bescheidener Weise für ihren Unterhalt zu sorgen.

Als gebessert solche, die theils durch Unterricht, theils durch Erziehung soweit gebracht worden sind, um ohne Schaden für sich und ihre Umgebung ausserhalb der Anstalt zu leben. Als Durchschnittsbestand der Anstalt an Idioten in diesem Zeitraum ist die Zahl 180 anzunehmen.

Ausgetreten sind 312 Kranke, davon

| | | |
|---|---|---|
| als sehr gebessert . . . | 26 | pCt. |
| gebessert . . . . . . . | 38 | " |
| ungebessert . . . . . | 22 | " |
| gestorben sind . . . . | 14 | " |

Berechnen wir die Form der Entlassung im Verhältniss zu den Aufnahmen in diesem Zeitraum, im Ganzen 385 Kranke, so ergiebt sich, dass entlassen wurden als:

| | | |
|---|---|---|
| sehr gebessert . . . . . . . . . . | 20 | pCt. |
| gebessert . . . . . . . . . . . | 31 | " |
| ungebessert . . . . . . . . . . | 18 | " |
| In der Anstalt zurückgeblieben sind . . | 20 | " |
| gestorben sind . . . . . . . . . | 11 | " |

## Die Fürsorge für die Idioten in Anstalten.

Bis zum Anfang dieses Jahrhunderts kann von einer besonderen Fürsorge für Idioten nicht die Rede sein. Sie wurden, soweit sie störend, gefährlich oder verlassen waren, in Armenhäusern oder Irrenanstalten untergebracht. So waren in Bicètre im Jahre 1716 unter 600 Bettlern und hilflosen alten Leuten 23 geisteskranke, schwachsinnige und epileptische Kinder aufbewahrt. Von irgend einer Erziehung oder von Unterricht war keine Rede.

In der Geschichte der Idiotenfürsorge können wir zwei Strömungen unterscheiden. Die eine Richtung, die sich in erster Linie mit der wissenschaftlichen Erforschung der Idiotie befasst, ging aus von Frankreich, die andere, die ursprünglich von mehr philanthropischen Gesichtspunkten ausging, nahm in Oesterreich, der Schweiz und Deutschland ihren Ursprung. Diese beiden Richtungen gehen nicht getrennt neben einander her, sondern sind in vielfache, gegenseitig anregende Wechselwirkung getreten.

In Frankreich war es Esquirol, der erstmals in scharfer Weise die Idiotie von dem Irrsinn trennte, die in den früheren Veröffentlichungen z. B. von Pinel noch zusammengeworfen worden waren.[1])

---

[1]) Dictionnaire des sciences médicales 1818. T. XXIII. p. 507. Esquirol, des maladies mentales. Paris 1838. T. II. p. 283--397.

Diesen Arbeiten, die heute noch mit Nutzen gelesen werden, folgte eine Reihe anderer beachtenswerther Veröffentlichungen. Wir erwähnen Belhommes Essai sur l'idiotie[1]), Ferrus de l'idiotie[2]) und Voisins de l'idiotie[3]).

Neben diesen wissenschaftlichen Arbeiten fehlte es nicht an praktischen Versuchen, die Idioten durch planmässige Erziehung auszubilden und zu heben.

Eine Epoche in diesen Bestrebungen bildet die Geschichte des Wilden von Aveyron. Im Jahre 1801 wurde in den Wäldern des Departements von Aveyron ein 11—12 jähriger Knabe in thierähnlichem Zustande gefunden. Die Sache erregte grosses Aufsehen und der Knabe wurde in der Taubstummenanstalt in Paris unter die Obhut des Arztes Itard gebracht. Während Pinel das „Naturkind" für einen Idioten ansah, glaubte Itard in dem Wilden von Aveyron einen Menschen zufrieden, der von Kindheit an jeder Erziehung habe entbehren müssen und getrennt von der Gemeinschaft mit seines Gleichen aufgewachsen sei. Itard arbeitete mehrere Jahre lang unter Aufwendung von ebensoviel Geduld als Scharfsinn daran, durch Entwickelung und Uebung der Sinnesorgane das geistige Leben zu wecken und auszubilden. Der Erfolg entsprach der Mühe nicht, denn Pinel behielt Recht. Aber die Arbeit Itards war nicht vergeblich. Seine Berichte an die Regierung über seine Erziehungsmethoden und Erziehungsversuche sind in hohem Grade interessant. Sie bilden, wie Délasiauve sagt, „das erste wichtige Capitel über den Unterricht der Idioten". 1824 sprach Belhomme, Arzt an der Salpêtrière, die Ansicht aus, dass man das Loos der unglücklichen Idioten verbessern und ihnen eine Art Erziehung geben könne. Im Jahre 1828 organisirte Ferrus eine Schule in Bicêtre und 1831 Falret in der Salpêtrière. Voisin gründete 1834 seine Anstalt für Idioten als „établissement orthophrénique", das aber nur einige Jahre bestand. Es ist von Interesse, zu hören, wie Voisin die Kinder einteilt, deren Erziehung er sich zur Aufgabe stellte.

1. In der ersten Klasse sind die Kinder, die mit mangelhafter geistiger Anlage geboren sind, auf Grund einer hinter dem Durchschnitt zurückbleibenden Entwickelung des Gehirns.

2. In der 2. Klasse sind Kinder untergebracht, die von Geburt an normal sind, aber deren Entwickelung infolge mangelhafter Erziehung eine falsche Richtung eingeschlagen hat.

3. Die 3. Klasse umfasst Kinder, die von Geburt an über der Norm stehen (nès extraordinairement). Von der Natur in grossen Verhältnissen geschaffen, werden sie grosse Menschen oder grosse Verbrecher,

---

[1]) Essai sur l'Idiotie. Proposition sur l'éducation des idiots mise en rapport avec les leurdigré d'intelligence par le Dr. Belhomme. Paris 1824—1843.

[2]) Gazette médicale 1834. p. 756.

[3]) De l'Idiotie chez les enfants l. c. Par Félix Voisin. Paris 1843.

je nach den äusseren Verhältnissen (circonstances au milieu), in denen sie aufwachsen.

4. Die 4. Klasse enthält alle Kinder, die von geisteskranken Eltern stammen und von Geburt an Neigung zum Irresein und anderen Nervenkrankheiten haben.

Man hat den Eindruck, dass diese Eintheilung mehr auf theoretischen, zum Theil sehr modern anmuthenden Erwägungen, als auf thatsächlichen Erfahrungen beruht. Andere Arbeiten Voisin's, z. B. die Analyse psychologique de l'entendement humain chez les idiots, beweisen, wie eingehend er sich mit der Erziehung der Idioten befasst hat. Diese Analyse psychologique ist eine heute noch brauchbare Anleitung zu einer vollständigen psychischen und physischen Untersuchung idiotischer Kinder.

Von nachhaltiger Wirkung wurde die Thätigkeit Eduard Séguin's, geb. 1812. Er war ein Schüler von Itard und Esquirol und begann, von den Gedanken seiner Lehrer erfüllt, seine Thätigkeit in Bicètre. Von der Verwaltung wenig unterstützt, zog er sich 1843 zurück und gründete eine Privatschule. 1850 ging er aus politischen Gründen nach New-York, wo er sein Werk der Idiotenerziehung fortsetzte. Er starb 1880 in seiner neuen Heimath. Sein Hauptwerk, das erstmals 1846, in neuer Bearbeitung 1866 erschien, ist das Buch: Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arrières, eine von der Akademie preisgekrönte Arbeit! Im Wesentlichen beruht seine Methode auf dem Bestreben, das mangelhaft entwickelte Gehirn durch eine planvolle Ausbildung der Sinnesorgane und des Muskelsystems zu bilden und weiter zu entwickeln. Séguin's Einfluss machte sich namentlich auch in England und Amerika geltend.

Eine neue Periode für die Entwickelung der Idiotenfürsorge, nicht nur für Frankreich, begann im Jahre 1878, als Bourneville, ein Schüler Charcot's, die Leitung der Anstalt in Bicètre übernahm. Unterstützt von einer Anzahl hervorragender Mitarbeiter, hat er Bicètre zu dem gemacht, was es heute ist: die Anstalt, in welcher mit den Mitteln der modernen Wissenschaft in planvoller Weise das Gebiet der Hirn- und Nervenkrankheiten, die der Idiotie und Epilepsie zu Grunde liegen, nach allen Richtungen durchforscht wird. Hand in Hand mit diesen klinischen und anatomischen Studien geht die systematische Ausbildung der Erziehung und des Unterrichts. Die Jahresberichte aus Bicètre mit ihren Untersuchungen über Epilepsie, Hysterie und Idiotie bieten überaus reichen und mit wissenschaftlicher Genauigkeit bearbeiteten Stoff zur Kenntniss dieser Zustände, wie ihn bisher noch keine Anstalt geliefert hat. Bourneville wird in seiner Thätigkeit von einer Anzahl hervorragender Schüler unterstützt. Wir nennen in erster Linie Sollier, der in seinem Werk „Psychologie de l'Idiot et de l'Imbécile“, das Wesen der Idiotie vom psychologisch-psychiatrischen Standpunkte aus gründlich und geistreich bearbeitet und in klarer Form dargestellt hat.

In der Schweiz und in Deutschland war es zuerst die endemische Idiotie, der Cretinismus, der als schwere Volksplage die Aufmerksam-

keit der Regierungen, Menschenfreunde und Aerzte auf sich zog. Das Elend des Cretinismus war es auch, das den Arzt und Philanthropen Dr. Guggenbühl bewog, thatkräftig Hand an das Werk der Erziehung Schwachsinniger zu legen. Wohl ist Guggenbühl nicht der erste, der eine systematische Erziehung der Cretinen in Aussicht nahm. In Salzburg hatte der Lehrer Guggenmaas von 1825—1833 nicht ohne Erfolg sich der Cretinen angenommen, und 1835 gründete der Pfarrer Haldenwang zu Wildberg in Württemberg eine Anstalt für Cretinen, die aber nur kurzen Bestand hatte.

Guggenbühl's Erziehungsgrundsätze waren dieselben, wie die der französischen Schule, auch er suchte durch Erziehung der Sinne auf die Entwicklung des Gehirns einzuwirken. Anleitung zu ausgiebiger Beschäftigung, namentlich in Feld und Garten, bildete einen wesentlichen Theil der Erziehung. Guggenbühl war ein begeisterter Prophet seiner Sache, der es verstand, in weiten Kreisen lebendiges Interesse zu erwecken. Aber in seinem Enthusiasmus versprach er zu viel, er redete von Heilungen und Heilbarkeit des Cretinismus. Eine amtliche Untersuchung im Jahr 1858 fiel nicht zu seinen Gunsten aus und er starb 1863, nachdem er sein Werk hatte zusammenbrechen sehen.

Trotz seiner manchmal kritiklosen Ueberschwenglichkeit, die ihn zu einer Verkennung der Prognose der Idiotie und des Cretinismus geführt hat, ist es falsch, Guggenbühl als Schwindler und Heuchler anzusehen. Sein Verdienst, weithin zur Fürsorge für Cretinen und Idioten angeregt zu haben, wird bestehen bleiben.

Von Ende der 30er und Anfang der 40er Jahre beginnt eine Reihe von Anstalten zu erstehen. Die älteste Anstalt ist die von Kern, die im Jahr 1839 in kleinem Umfang eröffnet wurde. 1859 wurde die Anstalt nach Möckern verlegt. Kern, ursprünglich Lehrer, studirte nachträglich noch Medicin, sein Sohn, der die Anstalt jetzt leitet, ist Arzt. Längere Zeit war hier auch der um das Idiotenwesen hochverdiente Dr. Kind thätig.

Von grossem Einfluss war das Wirken des Berliner Taubstummen-Lehrers Sägert, der von seinen Erfahrungen bei geistesschwachen Taubstummen ausgehend, sich der Ausbildung von Schwachsinnigen zuwandte und 1845 eine Anstalt für sie gründete. Seine Erfahrungen legte er in seiner Arbeit „Die Heilung des Blödsinns auf intellectuellem Weg“ nieder.

Die Gründung der Anstalt in Hubertusburg in Sachsen im Jahr 1846 ist bemerkenswerth, weil hier zum ersten Mal in Deutschland der Staat sich der Schwachsinnigen angenommen hat. Die Gründung erfolgte auf die Anregung des Bezirksarztes Ettmüller zu Freiberg.

König Wilhelm I. von Württemberg, dessen weitumfassendem Regentenblick auch die elendesten seiner Unterthanen nicht entgingen, interessirte sich für das Werk Guggenbühl's auf dem Abendberg, den er selbst besuchte hat. Die Zählungen, die der Arzt Dr. med. Rösch im Auftrag der Regierung vornahm, ergab eine weite Verbreitung des

Cretinismus in Württemberg. Die Regierung stellte dem Dr. Rösch die Staatsdomäne Mariaberg zur Gründung einer Anstalt zur Verfügung. Die Anstalt wurde am 6. Mai 1847 eröffnet, leider nicht als Staatsanstalt, sondern als Privatunternehmen mit Staatsbeitrag. Dr. Rösch ging mit grosser Energie an seine Aufgabe; auch nachdem er 1850 seine Stelle in Mariaberg niedergelegt hatte, widmete er sein Interesse noch der Anstalt. Von dem wissenschaftlichen Geist, in dem die Anstalt in den ersten Jahren ihres Bestehens geleitet war, legt die von Rösch gegründete Zeitschrift „Beobachtungen über den Cretinismus“ Zeugniss ab, leider sind nur 3 Hefte erschienen. Die dort enthaltenen Abhandlungen (von Rösch, Betz, Erlenmayer u. A.), die vortrefflichen literarischen Besprechungen sind heute noch werthvoll und lesenswerth. Nachfolger Rösch's in dem Vorsteher-Amt waren Prof. Autenrieht und später Griesinger in Tübingen. Von Griesinger stammt auch der 12. Jahresbericht der Anstalt.

In dieselbe Zeit fällt auch die Thätigkeit von Dr. Erlenmayer, der in Bendorf in Verbindung mit seiner Irren-Anstalt ein Erziehungs-Institut für schwachsinnige Kinder errichtete.

1849 wurde, ebenfalls von einem Arzt, dem Dr. Müller von Tübingen eine Anstalt für Schwachsinnige in Rieth O.-A. Vaihingen gegründet. Sie wurde später nach Winterbach und 1863 nach Stetten i. R. verlegt.

Auch in Schleswig war es ein Arzt, Dr. C. F. Hansen, der 1852 eine Anstalt für Schwachsinnige gründete.

Diese Schöpfungen stellen die erste Periode in der Geschichte der Idiotenfürsorge in Deutschland dar. Das Interesse für die Cretinen steht hier noch im Vordergrund und was sie besonders bedeutungsvoll macht, ist der Umstand, dass es wesentlich ärztliche Gesichtspunkte waren, von denen sich die Gründer leiten liessen. Wohl waren es der Mehrzahl nach Männer von gläubig-religiösem Sinn, die sich an die schwere Aufgabe gewagt haben, aber daneben bewahrten sie einen offenen Blick für wissenschaftliche Forschung und Betrachtungsweise, die sie in den Dienst echter Menschenliebe stellten. Auch die Lehrer, denen wir hier begegnen, gingen bei ihren Heilversuchen von wissenschaftlicher Pädagogik und von physiologischen Voraussetzungen aus. Ein enger confessioneller Standpunkt war ihnen fremd. Wir fragen uns heute mit einiger Wehmuth, was für die wissenschaftliche Erforschung der Idiotie hätte geleistet werden können, wenn in diesem Sinn weiter gearbeitet worden wäre!

Die zweite Periode in der Geschichte der Idiotenanstalten steht in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang mit dem Aufleben der christlichen Wohlthätigkeit, namentlich in protestantischen Kreisen, die als „Innere Mission“ allmählich eine weit ausgedehnte, einflussreiche Organisation erhalten hat. Das was hier geleistet worden ist, ist bedeutend und in hohem Grad anerkennenswerth. Allmählich entstanden in ganz Deutschland Anstalten zur Erziehung und Ausbildung Schwachsinniger, theils für diese allein, theils gleichzeitig für Epileptische. Die

Regierungen verhielten sich meist gleichgültig oder begnügten sich mit Geldunterstützung.

Die Leitung der Anstalten kam in die Hände von Geistlichen oder von Lehrern streng confessioneller Richtung. Das medicinisch wissenschaftliche Interesse trat in den Hintergrund, der Arzt erhielt eine untergeordnete Stellung als „Hausarzt". Nur wenige Anstalten machten davon eine Ausnahme.

Die Gründungsjahre der grösseren Anstalten sind ausser den schon erwähnten: 1861 für Neinstedt, 1862 für Langenhagen, 1863 für Alsterdorf und Kückenmühle, 1881 für Dalldorf.

Nach dem sorgfältigen Verzeichniss von Sengelmann von 1895 bestehen zur Zeit in Deutschland 44 Anstalten für Idioten, die meist auch Epileptische enthalten. Zusammen werden in ihnen 8936 Kranke verpflegt. Von diesen Anstalten sind nur 8 staatlich oder städtisch 20 sind von wohlthätigen, meist confessionellen Genossenschaften ins Leben gerufen. 8 sind Privatanstalten.

Ueber die ärztlichen Verhältnisse geben die folgenden Zahlen Aufschluss:

Eine ärztliche Direktion, in der Art der Irrenanstalten, besteht nur in Langenhagen; in 4 Anstalten ist ein Arzt angestellt, der seine Hauptthätigkeit der Anstalt widmet; in einer ist er den übrigen Vorstehern coordinirt; in 39 Anstalten — und es sind sehr umfangreiche dabei — besorgt der Arzt die Anstalt nebenbei.

Diese Zahlen bedürfen keiner weiteren Erläuterung!

Von 44 Anstalten — auch das hat symptomatische Bedeutung — werden nur in 11 regelmässig Sektionen gemacht, in 22 gar keine, in in 14 „selten und ausnahmsweise".

Seit 1874 haben sich die Vorstände der deutschen Idioten-Anstalten zu einer „Conferenz für Idioten-Heilpflege" vereinigt. Die Conferenz tritt alle 3 Jahre als Wanderversammlung zusammen. Das Organ der Conferenz ist die „Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer", die von Direktor Schröter in Dresden und Reichelt in Hubertusburg gegründet wurde und zur Zeit von Schröter und von Dr. Wildermuth redigirt wird.

Eine planmässige Staatsfürsorge für Idioten besteht auch ausserhalb Deutschlands, soweit mir bekannt, nur in einigen der Vereinigten Staaten von Nord-Amerika.

In rascher und erfreulicher Entwicklung scheint die Idiotenfürsorge in der Schweiz begriffen. Die ausgezeichnete Statistik vom Jahr 1897 hat dort eine sichere Grundlage für die Aufgaben geschaffen, die auf diesem Gebiet zu erledigen sind. „Es ist eine Reihe neuer Anstalten für schwachsinnige Kinder entstanden, so dass in nicht allzu ferner Zeit wohl jeder Canton eine solche haben wird." (Kölln sen.) Ueber die einzelnen grösseren Anstalten des Auslands giebt Sengelmann in seinem Lehrbuch der Idiotenheilpflege eine genügende Uebersicht.

Ferner findet sich eine Uebersicht über die Anstalten in dem Be-

richt Bourneville's für den nationalen Congress der öffentlichen Fürsorge in Lyon im Juni 1894 (Bibliothèque d'education spéciale. Assistance des enfants idiots et dégenerés. Paris. Alcan 1895).

## Die Anlage von Idiotenanstalten.

Bei der öffentlichen Fürsorge für Idioten, die wir in erster Linie im Auge haben, kann es sich nur um grosse Anstalten handeln.

Eine Trennung der bildungsfähigen von den Pfleglingen, der erwachsenen von den jugendlichen Kranken in besonderen Asylen ist bei den fliessenden Uebergängen zwischen den einzelnen Stufen und Gruppen weder durchführbar noch wünschenswerth. Es liegen hier ähnliche Verhältnisse vor wie bei den Epileptischen. Nur eine grosse Anstalt kann in genügender Zahl einzelne Abtheilungen bieten, wie sie für die verschiedenen Abstufungen nöthig sind. Eine scharfe Trennung der Gebäude nach den Geschlechtern ist auch hier unbedingt erforderlich.

Wir erhalten dann:

1. Gebäude für bildungsfähige idiotische Knaben (Mädchen) in kindlichem Alter, die auf der Stufe der Vorschule stehen. Knaben und Mädchen dieser Gruppe sollen in getrennten Gebäuden untergebracht werden, aber beide sollen unter weiblicher Pflege stehen.

2. Gebäude für schulpflichtige idiotische Knaben (Mädchen).

3. Gebäude für halberwachsene arbeitsfähige Knaben (Mädchen), die gewerblich beschäftigt werden.

4. Oeconomiegebäude für männliche landwirthschaftlich thätige Idioten, mit besonderen Abtheilungen für erwachsene und halberwachsene Kranke.

5. Pflegehäuser für bildungsunfähige idiotische Knaben (Mädchen), auch hier mit scharfer Trennung erwachsener und halberwachsener Kranker.

6. Ein Krankenhaus mit Abtheilungen für körperlich Sieche u. s. w. innerlich, nicht contagiös, Kranke und chirurgische Affectionen. Ein Operationssaal ist dabei dringend nöthig.

7. Ein Haus für Infectionskrankheiten.

8. Ein Leichenhaus mit den nöthigen Räumen für anatomische Untersuchungen.

Je nach der Grösse der Anstalt werden sich die einzelnen Gruppen noch weiter gliedern. Ueber die Einrichtung der Gebäude kann auf das Capitel über Epileptikeranstalten verwiesen werden.

## Die Grösse der Idiotenanstalten.

Nach der Zählung vom Jahre 1891 befinden sich in der Provinz Sachsen 2382 Idioten. Davon sind in Anstalten untergebracht 534, Anstaltsbehandlung wird als nothwendig bezeichnet für 749. Es sind also anstaltsbedürftig 1383 oder 54 pCt. der Idioten.

Wenn wir für Württemberg das Verhältniss der Idioten zur Gesammtbevölkerung, das Koch im Jahre 1875 gefunden hat, auf die Zahlen der letzten Volkszählung übertragen, ergiebt sich für das Land in runder Summe die Zahl von 4310 Idioten. Davon wären nach dem in Sachsen gefundenen Verhältniss in runder Summe 2320 anstaltsbedürftig. Thatsächlich sind in den Anstalten (Idiotenanstalten, Irrenanstalten, kleineren Pflege- und Siechenhäusern) in runder Summe nur 700 Idioten untergebracht.

Für die Provinz Schlesien berechnet Curella 8000 Idioten überhaupt, anstaltsbedürftige Idioten 1400, das in Sachsen gefundene Verhältniss angenommen, würde 4320 ergeben.

Zu ganz anderen Zahlen führt die neueste Zählung auf unserem Gebiet, die in sämmtlichen Cantonen der Schweiz im März 1897 veranstaltet worden ist. Den Anstoss zu dem grossen Werk gab eine Eingabe des Schweizer Lehrervereins an das eidgenössische Departement des Innern. Die Zählung bezieht sich auf die im Alter der Primarschulpflicht[1]) stehenden Kinder und umfasst unterrichts- oder bildungsfähige Schwachsinnige geringeren und höheren Grades. Dabei werden unterschieden die Kinder, die mit Schwachsinn allein behaftet sind, solche die daneben noch schwere körperliche Gebrechen aufweisen und die verwahrlosten Schwachsinnigen. Von den körperlichen Fehlern werden Fehler des Gehörs, des Gesichts, der Sprache, des Nervensystems und andere physische Gebrechen in besonderen Rubriken aufgeführt.

Weiter enthält die Zählung die körperlich (allein) Gebrechlichen, ferner in einer Rubrik Blödsinnige (soweit sie nicht mehr unterrichtsfähig sind), Taubstumme, Blinde und schliesslich Verwahrloste.

Einen besonderen Werth erhält die Schweizer Zählung dadurch, dass angegeben ist, wie für diese Kinder gesorgt ist oder wie für sie gesorgt werden sollte, ob in Specialclassen oder in Sonderanstalten.

Das Ergebniss war in Betreff der Schwachsinnigen folgendes. Die Zahl der Primarschüler in der Schweiz betrug 463 548. Davon waren in höherem oder geringerem Grade schwachsinnig 7667 Kinder. Das giebt auf 1000 Schüler 16,1 Schwachsinnige.

Von diesen 7667 schwachsinnigen, aber noch unterrichts- und bildungsfähigen Kindern sind untergebracht:

| | | |
|---|---|---|
| in Anstalten für Schwachsinnige . . . . . . . . . | 411 | Kinder |
| besuchen Specialclassen für Schwachsinnige . . . . . | 567 | „ |
| Es wird gewünscht: | | |
| Specialunterricht . . . . . . . . . . . . . . . . | 13 861 | „ |
| Anstaltsbehandlung . . . . . . . . . . . . . . | 1 724 | „ |
| Eine Specialbehandlung wird nicht gewünscht bei . . . | 534 | „ |
| Unbeantwortet blieb die Frage der Unterbringung bei . | 466 | „ |
| In Waisenhäusern und ähnlichen Anstalten sind untergebracht | 104 | „ |

[1]) Die Primärklassen enthalten die Kinder der drei ersten Schuljahre im Alter von 7, 8 und 9 Jahren.

Lassen wir die unentschiedenen (466) und die in Waisenhäusern etc. untergebrachten Fälle, ebenso die in Specialclassen untergebrachten oder für Specialclassen vorgeschlagenen Kinder beiseite, so bleiben noch 2135 Fälle von Schwachsinnigen geringeren oder höheren Grades im schulpflichtigen Alter, für die Anstaltsbehandlung angezeigt ist, während für 411, also für den fünften Theil davon, in den Schweizer Anstalten gesorgt ist.

Die Zahl der „Blödsinnigen und Cretinen", der bildungsunfähigen Idioten beträgt 945. Wir können bei diesen ohne Weiteres annehmen, dass sie anstaltsbedürftig sind.

Danach erhalten wir für die ganze Schweiz die Zahl von 3080 Idioten im primarschulpflichtigen Alter, die der Anstaltspflege bedürfen.

Legen wir dieses Verhältniss zu Grunde, so erhalten wir für Bezirke von der Grösse Württembergs oder der Provinz Sachsen 2080 anstaltsbedürftige Idioten im Alter von 7 bis 9 Jahren. Dabei ist noch vorausgesetzt, dass für Hilfsclassen in ausgedehnter Weise Sorge getragen ist.

Es wäre wünschenswerth, dass auch in anderen Ländern solche Zählungen veranstaltet würden. Eine Ergänzung dieser Ergebnisse würde man durch Zählung der Gestellungspflichtigen erhalten, die wegen Idiotie zum Militärdienst untauglich sind. Zur Feststellung des thatsächlich vorhandenen Bedürfnisses müssten auch die Erfahrungen der Anstalten darüber beigezogen werden, inwieweit sie den Aufnahmegesuchen entsprechen können oder nicht.

Den Schluss können wir schon jetzt aus der Schweizer Statistik ziehen, dass die bisher bestehenden Anstalten nicht annähernd dem wirklichen Bedürfniss genügen und dass auf dem Gebiet der Idiotenfürsorge der Gesellschaft Aufgaben gestellt sind, die nur der Staat und nicht die private Wohlthätigkeit bewältigen kann.

Ueber die Versorgung von Idioten und Epileptikern in gemeinsamen Anstalten haben wir schon gesprochen. Bei jedem Abschnitt der Idiotenfürsorge zeigt sich, wie vielfach die Aufgaben für beide Krankengruppen sich berühren.

Wie weit die familiäre Pflege die Anstalten wird entlasten können, lässt sich noch nicht ermessen. Alt spricht sich über die bisherigen Erfolge bei Idioten nicht sehr günstig aus. Nach Bothe befanden sich Imbecille mit und ohne Krämpfe oft lange in Pflege, bis ein Erregungszustand oder das Auftreten schwerer Krämpfe die Zurücknahme nothwendig machte. Von den Patienten, die von Dalldorf in Familienpflege gegeben worden waren, waren 19 pCt. Idioten. Falkenberg berichtet, dass einzelne tiefstehende, unsaubere und körperlich unbehilfliche Idioten gute Pflege und sorgfältige Aufsicht gefunden haben. Schwieriger ist nach seiner Ansicht die Unterbringung Imbeciller. Meines Erachtens giebt es unter den Idioten der verschiedenen Grade eine Anzahl von

Kranken, die sich -- unter der Voraussetzung genügender Ueberwachung — wohl für Privatpflege eignen. Die Fürsorge für Kranke, die aus der Anstalt entlassen worden sind, berührt sich hier mit der familiären Verpflegungsform. Die von Alt eingeführte Form familiärer Verpflegung in engem Anschluss an die Anstalt, über die wir bei den Epileptikeranstalten berichtet haben, dürfte sich auch für Idiotenanstalten empfehlen. Kleinere Privatanstalten, namentlich für unterrichtsfähige Idioten besserer Stände, werden stets ein Bedürfniss bleiben, auch wenn der Staat besser als bisher für Errichtung grosser Asyle gesorgt hat. In der Geschichte des Idiotenwesens in Deutschland nehmen einige kleinere Anstalten eine ehrenvolle Stellung ein.

## Die Behandlung der Idiotie.

Die Prophylaxe der Idiotie fällt mit der der Rassenentartung zusammen. Alle Maassregeln zur Förderung der Gesundheit und Wohlfahrt der Völker dienen auch der Bekämpfung der Idiotie. Besonders ist hier der Kampf gegen Alkoholismus und Syphilis von herragender Bedeutung. Welchen Werth die allgemeine Verbesserung der socialen und Gesundheitsverhältnisse in dieser Richtung hat, lehrt ein Blick auf die Geschichte des Cretinismus, der mit wenigen Ausnahmen überall im Rückgang begriffen ist.

Die Verhinderung der Heirathen von Neuropathen wäre auch hier das Beste.

Als Curiosium möchte ich anführen, dass im Staat Michigan dem Parlament ein Gesetzesvorschlag zugegangen ist, dessen erster Paragraph lautet:

„Alle jetzigen und künftigen Insassen des Hospitals für Schwachsinnige und Epileptische sollen vor ihrer Entlassung einer Operation unterzogen werden, die „Asexualisation“ zur Folge hat, derart, dass eine solche Person ausser Stande ist, ihre Art fortzupflanzen“.

Dieser in allem Ernst gemachte Vorschlag ist schon deshalb thöricht, weil die Anstaltsinsassen der Epileptiker- und Idiotenasyle gewiss den kleinsten Antheil an der Production von ihres Gleichen haben.

Wir brauchen an dieser Stelle keine weitläufige Begründung für die Behauptung, dass der Arzt an der Idiotenanstalt nur dann in vollem Umfang eine nützliche und befriedigende Thätigkeit entfalten kann, wenn er die Stelle eines leitenden Vorstandes einnimmt.

Für die ärztliche Untersuchung der Idioten gelten dieselben Grundsätze wie bei Nervenkranken überhaupt. Zur Aufnahme der Anamnese ist der in Uchtspringe eingeführte Fragebogen zu empfehlen. Bourneville hat ebenfalls ein eingehendes Schema für die Anamnese und zur Untersuchung des geistigen und körperlichen Verhaltens der Idioten gegeben. Ueber einige Punkte, die bei Idioten besonders in Betracht kommen, mögen hier kurze Angaben folgen.

Bei der Untersuchung des Schädels genügt es, den Längsumfang, Horizontalumfang, die Ohrscheitelline mit dem Bandmaass, den grössten Längs- und Breitendurchmesser, die Entfernung der äusseren Ohröffnung, der Stirnhöcker und der Jochfortsätze des Stirnbeins mit dem Tasterzirkel zu messen. Zur graphischen Darstellung der Schädelform benutzt man den Abdruck des Horizontalumfangs, des Längsumfanges und der Ohrscheitellinie mit dem Bleistreifen. Für ganz genaue Bestimmungen dient das von Prof. Rieger angegebene Verfahren.

Für die Untersuchung des motorischen und sensibeln Verhaltens wende man das einfachste Verfahren an.

Einen raschen Ueberblick darüber erhält man auf folgendem Weg:

Man lässt den Patienten die Augen schliessen und giebt ihm den Auftrag, die Punkte, die man an ihm berühren werde, möglichst rasch selbst zu berühren. Die Bewegungen kann man in verschiedener Weise abändern, man lässt sie mit gestreckten, gebeugten Fingern, mit der Faust u. s. w. ausführen. Die Stellung, die er der Gliedmasse zu geben hat, giebt man ihm entweder unmittelbar an oder man giebt — stets bei geschlossenen Augen — der Extremität der anderen Seite die gewünschte Haltung mit dem Auftrag, es auf der andern Seite ebenso zu machen.

Dadurch orientiren wir uns schnell über Sensibilität, Muskelgefühl, Coordination und deren Störungen.

Augen und Ohren sind stets mit dem Spiegel zu untersuchen.

Feinere Methoden zur Untersuchung der Sensibilität mit Zirkeldistanz etc. sind bei der Mehrzahl der Idioten nicht anzuwenden, wenn man nicht falsche Ergebnisse haben will.

Die Prüfung der Sprache, d. h. des Sprechens als coordinirter Muskelthätigkeit, geschieht am Besten so, dass man den Patienten zunächst einzelne Buchstaben aufsagen lässt, dann Silben verschiedener Zusammenstellung mit dem Consonanten als Anlaut oder Schlusslaut, schliesslich Wörter und Sätze. Dazu nimmt man theils solche, deren Inhalt und Bedeutung der Patient kennt und versteht, theils solche, deren Sinn ihm unbekannt ist.

Schon diese Untersuchungen werden uns Aufschlüsse über den geistigen Zustand der Kranken geben.

Zur genaueren Untersuchung wäre die Anwendung psychophysischer Methoden sehr wünschenwerth. Aber auch die einfachen Methoden setzen mehr Verständniss voraus, als wir bei unseren Kranken finden. Die Methode von Rieger zur Prüfung der Willensthätigkeit kann man unter einfachster Versuchsanordnung bei Idioten anwenden. Weiter stellt man an den Patienten die allereinfachsten Fragen, nach dem eigenen Namen, nach Zahl. Alter, Namen der Geschwister, fragt nach der Benennung der gewöhnlichen Geräthe in Wirklichkeit und im Bild, des Weiteren lässt man ihn kleine Aufträge ausführen und macht ihm Bewegungen und einfache Handlungen vor, die er nachzumachen hat.

Bei Idioten, die Schulkenntniss haben, hat man mehr Anhaltspunkte für die Schätzung der psychischen Leistungsfähigkeit. Ein richtiges Urtheil ermöglicht erst die weitere Beobachtung, da die Idioten bei der ersten Untersuchung meist schüchtern und ängstlich sind.

Man beschränke sich deshalb das erstemal auf die allgemein ärztliche Untersuchung, besonders der Brust- und Bauchorgane. In erster Linie ist auf die Zeichen der Tuberculose oder der ererbten Syphilis zu achten.

Die Idiotie ist die Folge von abgelaufenen Krankheitsprocessen. Eine Heilung giebt es hier nicht, sondern nur Besserung durch eine Erziehung, die von psychiatrischen und physiologischen Grundsätzen ausgeht. Epilepsie und andere neuropathische Complikationen sind nach den sonst üblichen Grundsätzen zu behandeln. Von einer specifischen Behandlung können wir in den seltenen Fällen des sporadischen Cretinismus, der myxödematösen Idiotie reden, wo die Behandlung mit Schilddrüsensaft eine Besserung herbeiführen kann. Ueber den Werth einer specifischen Behandlung bei Idiotie nach hereditärer Lues, weiss man noch sehr wenig. Wir haben erwähnt, dass unsere Kenntnisse über diese Form der Idiotie noch spärlich sind.

Die Craniectomie bei Microphalie, die sogenannte Lannelonguiesche Operation ist in ihren Voraussetzungen falsch, in Wirklichkeit erfolglos oder schädlich. Sie ist nach der zutreffenden Aeusserung eines englischen Arztes ebenso rationell wie die Thätigkeit einer Mutter, die Löcher in die Kleider eines im Wachsthum zurückgebliebenen Kindes schneidet, um jenes zu befördern.

Mit ableitenden Maassregeln, Haarseilen, Blasenpflastern, verschone man die Kranken.

Die Form der Ernährung soll sich in der Hauptsache an die landesübliche Art und Weise der einfachen bürgerlichen Kreise halten. Wulff berechnet aus dem Kostsatz, wie in Langenhagen seit 1885 eingeführt ist, auf Tag und Kopf: 73,62 Stickstoff, 367,36 Kohlenhydrate, 5964 Fette. Diese Mengen auf das Durchschnittsalter der Pfleglinge berechnet, entsprechen durchaus den Anforderungen einer guten Ernährung. Ich glaube, dass der Stickstoffwerth dabei noch grösser als nothwendig ist. Im Allgemeinen ist eine gute gemischte Kost mit Bevorzugung der lakto-vegetabilischen Diät das Richtige. Das beste Nahrungsmittel für unsere Patienten, namentlich für die jüngeren, ist Milch, ausserdem sind Leguminosen und frische Gemüse in grosser Menge zu verabreichen. Als Frühstück ist eine kräftige Hafer- oder Mehlsuppe dem vorzuziehen, was in den Anstalten als Kaffee verabreicht zu werden pflegt. Für das Nachtessen ist Suppe und Brei, im Sommer saure Milch, eine zweckmässige Nahrung. Für die Zwischenmahlzeiten ist Brot und Butter, frisches oder gedörrtes Obst zu geben. Geistige Getränke sind bei den Pfleglingen und den Kindern im schulpflichtigen Alter gänzlich zu verbieten. Dies ist schon wegen der epileptischen Kranken nöthig. Bei

den in der Landwirthschaft und im Handwerk thätigen Kranken, wird es nicht ganz leicht sein, den landesüblichen Obstmost oder das leichte Bier zu verbannen. Alles kommt darauf an, ein abstinentes Pflegepersonal zu bekommen. Viele der Idioten, die in Anstalten kommen, muss man lehren, wie man ordentlich isst, kaut und schluckt. Viele haben die Neigung, grosse ungekaute Bissen zu verschlingen.

Auf geregelten Stuhlgang ist streng zu halten, bei vielen wird man ab und zu mit Einläufen oder Trichterausspülungen nachhelfen müssen.

Die Behandlung der Unreinlichkeit erfordert besondere Aufmerksamkeit und Fürsorge. Der Hauptgrundsatz muss dabei sein, die Kranken daran zu gewöhnen, die natürlichen Bedürfnisse zu bestimmter Zeit zu befriedigen. Bei genauer Beaufsichtigung gelingt dies auch. Um Unreinlichkeit Nachts zu verhüten, ist ein gründliches Klystier am Abend das beste Mittel.

Die Enuresis nocturna ist eine schwere Plage in den Idiotenanstalten. Ordentliche Gewöhnung der Kranken den Tag über und abendliches Klystier sind manchmal sehr nützlich. Häufig sind alle Mittel vergeblich. Ein zuverlässiges inneres Mittel giebt es nicht und vor örtlicher Behandlung jeder Art, namentlich auch vor der örtlichen Faradisation, möchte ich dringend warnen. Die Gefahr, sexuelle Reizung dadurch herbeizuführen, ist zu gross.

Um zu verhindern, dass die Patienten nass liegen, ist das beste und billigste Mittel für Anstalten die Anwendung von Bettsäcken, die mit Spreu gefüllt sind. Der Urin läuft hier durch und muss in einem untergestellten Gefäss aufgefangen werden.

Wie bei den Epileptischen ist bei den Idioten der Turnunterricht auf die einfachsten Uebungen zu beschränken: Marschirübungen, Freiübungen, Stab- und einfache Exercierübungen. Für die Mädchen eignen sich die Reigenspiele. Es ist zweckmässig und für die Kinder anregend, wenn diese Uebungen und Spiele mit einfacher Instrumentenmusik und mit Gesang begleitet werden. Schröter, Rall, Baxthold u. a. haben die Grundsätze und die Technik der systematischen Körperübungen bei Idioten in eingehender Weise festgestellt und beschrieben.

Es ist zweckmässig, neben dem gewöhnlichen Turnunterricht noch eine orthopädische Turnstunde einzuführen, die vom Arzt geleitet werden muss. Hier kommen in erster Linie die Uebungen in Betracht, die zur Bekämpfung der schlechten Körperhaltung, der Skoliose und Kyphose und der unkräftigen Athembewegungen dienen. Damit verbindet man die active und passive Gymnastik der Lähmungen. Die Apparate, deren man hierzu bedarf, sind leicht zu beschaffen: ein einfaches Streckbrett und verschiedene Vorrichtungen für den elastischen Zug und Gegenzug; besonders zweckmässig ist der jetzt weit verbreitete Arm- und Bruststärker nach Largiadère.

Regelmässige Bäder sind schon aus Gründen der Reinlichkeit angezeigt. Eigentliche Wasserbehandlung kommt besonders bei torpiden, blutarmen Individuen in Betracht, stets in der einfachsten Form: mässig kühle Vollbäder von kurzer Dauer mit kühlen Uebergiessungen. Bei aufgeregten Kranken, besonders bei acuten Erregungszuständen finden langdauernde warme Bäder Anwendung. In den französischen Anstalten, besonders in Bicètre wird die kalte Strahlendouche ausgiebig und systematisch angewandt. Ich bin von der Zweckmässigkeit dieses Verfahrens nicht ganz überzeugt.

Ausser der allgemeinen psychiatrischen und hygienischen Leitung werden an den Arzt in den grossen Anstalten, um die es sich hier handelt, noch eine Reihe von Anforderungen gestellt. Bei diesen nicht nur geistig, sondern auch körperlich defecten Insassen ist fortgesetzt eine ausgebreitete ärztliche Thätigkeit nöthig auf dem Gebiet der internen Medicin und der Chirurgie, wie im Gebiet einzelner Specialitäten besonders der Augen und Ohren. Ein Blick auf den Bericht aus ärztlich gut versehenen Anstalten über die Krankheitsfälle eines Jahres zeigt uns, wie vielseitig die ärztliche Thätigkeit im strengsten Sinne des Wortes hier ist.

Der Unterricht idiotischer Kinder hat sich längst zu einer pädagogischen Specialität ausgebildet. Das, was hier besonders von deutschen Lehrern geleistet worden ist, verdient die grösste Anerkennung. So interessant dieser Theil der Idiotenfürsorge ist, so würde es viel zu weit führen, einigermaassen in Einzelheiten einzugehen. In der Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer findet man die Fragen des Idiotenunterrichts nach allen Richtungen hin besprochen. Auch die Berichte von Bourneville aus Bicêtre enthalten manches Interessante darüber.

Hier sollen nur einige Punkte hervorgehoben werden.

Die erste Aufgabe der Erziehung der Idioten ist, sie überhaupt unterrichtsfähig zu machen.

Zu den Anfängen des Unterrichts ist schon die Gewöhnung an Reinlichkeit, an selbständiges Ankleiden, an ordentliches Essen zu zählen, Dinge, die bei der grossen Ungeschicklichkeit der Idioten aller Stufen eine endlose Geduld erfordern.

Der Unterricht im engeren Sinn beginnt mit der Vorschule. Von besonderem Interesse ist hier der Jahresbericht von Mariaberg 1860 bis 1861, die Arbeiten von Sengelmann, Kölle, Landenberger, Schröter, Thumm.

Der Hauptzweck dieser Schule ist, die Kinder die Fähigkeit zu lehren, die Gedanken zu concentriren.

Auf der untersten Stufe des Vorunterrichts, der für ganz schwache und torpide Kinder bestimmt ist, handelt es sich darum, sie zu lehren, auf Sinneseindrücke überhaupt zu achten: auf ein helles Licht, einen glänzenden Gegenstand, den Ton einer Glocke, eines Musikinstrumentes.

Der Unterricht erweitert sich dann zum Anschauungsunterricht. Dabei kann angeknüpft werden an die nächstliegenden Geräthe, an die Gegenstände in Feld und Garten. Bei diesem Anschauungsunterricht wird nicht nur das Auge ausgebildet, es wird dabei auch das Ohr, Geschmack, Geruch, Tastsinn geübt. Er giebt Gelegenheit, den Kindern Mittheilung über die allereinfachsten Lebensverhältnisse zu machen: Gebrauch und Anfertigung der Geräthe, Nutzen und Verwendung von Bäumen, Früchten etc. Eine besondere und planmässig ausgebildete Art des Anschauungsunterrichts ist der Formunterricht, in welchem den Kindern in verschiedenen Stufen ein vollständiger geometrischer Anschauungsunterricht gegeben wird: Punkte und ihre Verbindung durch Linien, Winkel, geschlossene Figuren (Landenberger).

Der Unterricht in den Formen wird erleichtert durch einfache Apparate, z. B. das Formenbrett: ein Brett, in dem verschiedene Formen ausgeschnitten sind: Vierecke, Dreiecke etc. In diese Hohlformen hat das Kind die ihnen entsprechend geformten Holzstückchen zu legen. Giebt man den Formen verschiedene Farben, so kann man damit auch einen Unterricht im Farbenerkennen verbinden.

Zeichenunterricht in den ersten Anfängen ist schon in der Vorschule zu lehren. Neben der Uebung in der Handgeschicklichkeit und der Entwickelung des Formensinns „erwecken diese einfachsten Kunstleistungen die Freude an selbst vollbrachter Arbeit“ (Kölle).

Auch die ersten Anfänge des Rechenunterrichts fallen in die Vorschule. Sinn für Zählen und Rechnen ist stets, auch bei Schwachsinnigen leichteren Grades, das Unentwickeltste. In der Vorschule muss man den Kindern auf einfachste Weise den Begriff der Vielheit beibringen, stets an Gegenständen, die sie vor Augen haben. Zur Unterstützung dieses einfachsten Rechenunterrichtes dient das Zählen an den Fingern, „die die einfachste Rechenmaschine darstellen“, die Bahny'schen Zahlenbilder, die russische Rechenmaschine und ähnliche Vorrichtungen.

Der Gesang mit einfacher Instrumentalbegleitung ist von den unteren Klassen an zu pflegen. Ein grosser Theil der Idioten hat ausgesprochenen Sinn für Musik.

Mit all diesen Uebungen geht ein systematischer Unterricht im Sprechen Hand in Hand. Die vielfachen Sprachmängel der Idioten, besonders das Stammeln, machen einen systematischen Unterricht zur Beseitigung dieser Mängel nöthig. Die Arbeiten von Gutzmann, Vater und Sohn bezeichnen hier einen entschiedenen Fortschritt.

In der eigentlichen Schule werden die Fächer des Volksschulunterrichts gelehrt, denen man einfache Realien beifügen kann. Der Gang und die Methode des Unterrichts ist auch hier vielfach ein anderer, als in den gewöhnlichen Schulen, doch kann an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen werden.

Sind in einer Anstalt Idioten und Epileptische beisammen, so wird das ganze Unterrichtsniveau höher werden. In den höheren Klassen werden die Epileptiker überwiegen. Aber eine Anzahl der Schwachsinnigen wird davon auch Nutzen haben.

Eine Bemerkung kann ich nicht unterdrücken. Soweit ich die Verhältnisse kenne, glaube ich, dass den Schwachsinnigen in den deutschen Anstaltsschulen im Memorirstoff häufig mehr beigebracht wird, als sie verdauen können. Der Unterricht in den Idiotenanstalten ist noch zu sehr nach dem Schema der normalen Schulen eingerichtet. Das ist aus der Entwickelung der Anstalten leicht zu erklären. Der Idiotenunterricht musste erst geschaffen werden und mit der Zeit wird er sich mehr und mehr seinem besonderen Zweck anpassen, um so eher, je besser der Handfertigkeits- und Gewerbeunterricht entwickelt werden wird.

Dem Religionsunterricht, besonders der biblischen Geschichte, wird mit Recht stets ein hervorragender Platz in dem Unterrichtsplan unserer Anstalten eingeräumt werden müssen, aus pädagogischen und religiös-sittlichen Gründen. So eignen sich beispielsweise die Gleichnisse des neuen Testaments, die stets von einfachen, leicht verständlichen Verhältnissen handeln, ganz besonders zur Behandlung in diesen Schulen. In Stetten ist durch Landenberger und Kölle die Verwendung der Gleichnisse im Unterricht in verdienst- und geistvoller Weise ausgebildet worden.

Es unterliegt aber keinem Zweifel, dass gegenwärtig in den meisten Anstalten die Schwachsinnigen mit einer Uebermenge von religiösem Wissensstoff überfüttert werden, der weit über ihre Gedächtniss- und Fassungskraft geht. Viel Zeit und Kraft von Lehrern und Schülern wird hier unnütz vergeudet. Der Grund dieses Missstandes ist theils ein mehr äusserlicher, das Bestreben, die Zöglinge confirmationsfähig zu machen. Darauf legen die Angehörigen grossen Werth; sie sehen in der Confirmation in erster Linie eine Approbation für das bürgerliche Leben. Der zweite und Hauptgrund liegt in dem Bestreben der geistlichen Leiter der Anstalten, die Unterweisung in der Religion, „die Weckung des religiösen Lebens" als das wesentliche des Idiotenunterrichts darzustellen und damit wieder die Berechtigung für den confessionellen Charakter der Anstalten zu begründen. Aus diesen Kreisen stammt auch das alberne Märchen von „der tiefreligiösen Anlage der Schwachsinnigen".

An die wissenschaftliche Tüchtigkeit, das pädagogische Geschick, die Geduld des Lehrerpersonals in den Anstalten, werden hohe Anforderungen gestellt. Nur fachmännisch gebildete Lehrer werden den Anforderungen gerecht werden können. Wir bedürfen deshalb für unsere Anstalten Lehrer und Lehrerinnen mit gründlicher seminaristischer Bildung.

Wärter zum Unterricht heranzuziehen, ist nur als Nothbehelf unter besonderen Umständen thunlich.

Von psychiatrischem Standpunkt aus müssen wir ärztliche Direktoren an den Idioten-Anstalten verlangen. Aber bei der hervorragenden Be-

deutung, die dem Unterricht an Idioten-Anstalten zukommt, muss auch die Stellung des I. Lehrers befriedigend sein, der leitende Arzt wird ihm gerne in der Organisation des Unterrichtes soweit freie Hand lassen, als dies mit der einheitlichen Leitung und mit ärztlichen Grundsätzen vereinbar ist.

Bei Idiotenanstalten liegen die Verhältnisse des Wartepersonals genau so, wie bei den Epileptiker-Anstalten. Wir verweisen auf den betreffenden Abschnitt.

Der Anfang des Handfertigkeits-Unterrichtes wird in spielender Weise gemacht. Im Wesentlichen können hier die Methoden des Fröbelschen Unterrichtes gelten. Von da kann man übergehen zu einfachen Papier-, Papp- und Laubsägearbeiten und zu den ersten Anfängen der Holz- und Tischler-Arbeit.

Um als Beruf von Idioten erlernt zu werden kommen in Betracht: Buchbinderei, Cartonnagearbeit, Korbflechterei, einfache Hantirungen der Tischlerei.

Man darf die Erwartungen in dem gewerblichen Unterricht nicht zu hoch spannen, nur wenige bringen es zu so pünktlicher und zuverlässiger Arbeit, dass sie ausserhalb der Anstalt den Wettkampf mit gesunden Arbeitern aufnehmen können. Zu Vor- und Hilfsarbeiten werden aber viele befähigt. Bei den Mädchen liegt die Sache einfacher. Sie haben in den Handarbeiten das gegebenen Gebiet nützlicher Thätigkeit, in das sie ohne grosse Schwierigkeit eingeführt werden können.

Die beste Art der Beschäftigung für die Mehrzahl der Idioten ist und bleibt die Arbeit im Garten und in der Landwirthschaft. Hier giebt es Thätigkeiten einfachster Art, die auch der Schwächste noch ausführen kann.

Bei den Idioten, die als sehr gebessert oder gebessert aus der Anstalt entlassen worden sind, macht man oft die traurigsten Erfahrungen. Kommen sie nicht in gute Hände, so geht das, was in der Anstalt mühsam erworben worden ist, in kurzer Zeit verloren. Es giebt nichts traurigeres als einen Anstaltspflegling, den man wohl entwickelt mit guter äusserer Führung und Haltung entlassen hat, verwildert, verwahrlost, stumpfsinnig zurückkehren zu sehen.

Der Einfluss der Anstalten reicht nicht so weit, um stets eine geeignete Unterkunft zu finden. Noch weniger vermag man auf die Dauer die Behandlung des Kranken zu überwachen. Hier wäre für die Vereine für reconvalescente Geisteskranke, die sich jetzt allerwärts bilden, ein schönes Feld der Thätigkeit, vielfach dankbarer als bei den Geisteskranken im engeren Sinn. Die Individuen, die aus den Idiotenanstalten als arbeitsfähig entlassen werden, sind im Ganzen brauchbarer als die Geisteskranken, für die die Vereine in erster Linie gegründet sind.

### 8. Die Hilfsschulen für geistig zurückgebliebene Kinder.

Es giebt eine grosse Anzahl idiotisch Schwachsinniger leichteren Grades, die den gewöhnlichen Schulbesuch eine Zeit lang mit grösster Mühe mitmachen können und wie ein Bleigewicht an der Classe hängen. Hat sich ihre gänzliche Unfähigkeit gezeigt, mit den andern gleichen Schritt zu halten, so werden sie aus der Schule entfernt. Der eine oder andere von ihnen kommt in eine Idiotenanstalt, ein grosser Theil verkümmert und verblödet, sei es, dass die Angehörigen nicht die Mittel haben, ihn in eine Anstalt zu schicken, sei es, dass sie sich durch andere berechtigte oder nicht berechtigte Gründe davon abhalten lassen.

Schon im Jahr 1864 hat Dr. Kern in Ansehung dieser Verhältnisse in Leipzig die Gründung einer besonderen Schule für schwachbefähigte Kinder angeregt, die aber erst 1881 eröffnet wurde. 1867 ist in Dresden eine solche eröffnet worden.

Das Hauptverdienst, diese Frage in Fluss gebracht zu haben, gebührt dem Lehrer Kielhorn in Braunschweig, der in Verbindung mit Dr. Berkhan im Jahr 1881 dort eine solche Schule ins Leben gerufen hat. Die Bestrebungen Kielhorn's sind seitens der Leiter der Idioten-Anstalten nicht ohne Widerspruch geblieben. Es wurde die Befürchtung ausgesprochen, durch die Hilfsschulen werde den Anstalten das dankbarste bildungsfähige Material entzogen werden, die Schulen selbst werden nicht im Stande sein, soviel für die gesammte Bildung und Erziehung der Kinder zu leisten als die Anstalten.

Diese Befürchtungen haben sich nicht bestätigt und die Hilfsschulen haben sich als einen unentbehrlichen Theil der Fürsorge für die Idioten praktisch erwiesen. In einer ganzen Reihe von deutschen Städten sind solche Schulen entstanden und das Ausland, die Schweiz, Scandinavien, England, Frankreich, Amerika sind nachgefolgt.

Bei der Menge von Schwachsinnigen, wie sie die Schweizer Zählung ergeben hat, wird Niemand mehr behaupten wollen, dass in Anstalten allein für die Schwachsinnigen gesorgt werden könne. Wer sollte die Massen-Asyle bauen, die hierzu nöthig wären?

In Braunschweig ist die Sache so geregelt: Wenn ein Kind nach mindestens 2jährigem Besuch der Bürgerschule mit den Altersgenossen nicht weiter machen kann, so wird es von dem Leiter der Hilfsschule und von einem Arzt in Gegenwart des Schul-Rectors untersucht. Wird es für die Hilfsschule passend gefunden, so kann es dort auf Antrag seines gesetzlichen Vertreters zunächst für 1 Jahr aufgenommen werden.

Gegenstand des Unterrichts sind im Wesentlichen die Fächer der Volksschule und Handarbeit für Knaben und Mädchen; meist bleiben die Kinder bis zur Confirmation.

Aehnlich sind die Bestimmungen in andern Städten. Je nach den örtlichen Verhältnissen wird sich die Entwicklung der Schulen verschieden gestalten, der Rahmen für die Aufnahme wird bald enger, bald

weiter gefasst werden, die Schule mehr ihren ursprünglichen Charakter behalten oder sich mehr einem Internat nähern. Darüber lassen sich keine allgemeinen Regeln aufstellen.

Thatsache ist es, dass durch diese Schulen einer grossen Anzahl idiotisch Schwachsinniger Unterricht und Erziehung zu Theil wird, die sonst zu Grunde gehen würden, für die normalen Schulen schaffen sie eine heilsame Erleichterung.

Kiehlhorn hat früher berechnet, dass auf 1000 Einwohner annähend 1 geistig zurückgebliebenes Kind zu finden sei, nach neueren Erfahrungen in Braunschweig, würde das Verhältniss 1,4 zu 1000 sein und nach der Schweizer Statistik sind 4428 Kinder schulpflichtigen Alters in Specialclassen theils untergebracht (567) theils unterzubringen (3861) das würde auf 1000 Einwohner, in runder Zahl 1,5 ergeben.

Demnach liegt, wie Kielhorn ausführt, schon für Städte von 20 000 Einwohnern das Bedürfniss einer Hilfsschule vor. Für kleinere Gemeinwesen wäre eine Hilfsclasse einzurichten, die in organischem Zusammenhang mit der Volksschule stünde.

## 9. Gesetzbestimmungen über die Fürsorge der Idioten.

In den wenigen Ländern, in denen, soweit mir bekannt, Gesetzesbestimmungen über die Fürsorge für Idioten bestehen, sind sowohl Idioten-Anstalten, als Schulen für Schwachsinnige und geistig Zurückgebliebene vorausgesetzt.

In dem Königlich Sächsischen Volksschul-Gesetz vom 26. April 1873 heisst es in § 3 „der Unterricht in den Erziehungs-Anstalten für Nichtvollsinnige, für Schwach- und Blödsinnige, ist nach den für die einfache Volksschule geltenden Bestimmungen zu ertheilen.“ § 4 Abs. 5: „ . . . . Schwach- und blödsinnige Kinder sind in hierzu bestimmten öffentlichen oder Privat-Anstalten unterzubringen, sofern nicht durch die dazu Verpflichteten anderweitig für ihre Erziehung gesorgt ist.“

In der Ausführungsverordnung hierzu § 9 ist ausgesprochen: „Da die Unterrichtung verwahrloster, nicht vollsinniger, schwach- und blödsinniger Kinder eine besondere Befähigung und Vorbildung des Lehrers voraussetzt, so empfiehlt sich für die grösseren Städte die Einrichtung von besonderen Schulen und Classen für derartige Kinder.“

Aehnlich, aber noch mehr ins Einzelne gehend, ist das Gesetz über den Unterricht abnormer Kinder in Norwegen vom Jahr 1881.

Im Jahre 1885 ist im Herzogthum Anhalt ein Gesetz über den Schulzwang schwachsinniger Kinder erschienen, dessen § 1 lautet:

„Nichtvollsinnige, schwach- und blödsinnige Kinder müssen, sobald sie das schulpflichtige Alter erreicht haben und wegen unzulänglicher Bildungsfähigkeit in der öffentlichen Schule keine Aufnahme finden oder

wieder daraus entlassen worden sind, für die Dauer des schulpflichtigen Alters in den zur Erziehung und Ausbildung solcher Kinder bestimmten Anstalten untergebracht werden, sofern dieselben nicht entweder gänzlich bildungsunfähig sind, oder von den zu ihrer Erziehung Verpflichteten nicht auf andere Weise für die erforderliche Ausbildung derselben ausreichend Sorge getragen wird."

Sehr eingehend sind die Bestimmungen des Gesetzes für das Herzogthum Braunschweig, das am 30. März 1894 erschienen ist. Bemerkenswerth an diesem Gesetz ist namentlich die Bestimmung, dass die geistig zurückgebliebenen Kinder zwangsweise in eine Anstalt gebracht werden können, die von der gewöhnlichen Schule ausgeschlossen sind, wenn sie nicht an einer Hilfsschule Theil nehmen.

Dass diese oder ähnliche Gesetze auch in andern Staaten eingeführt werden, ist nur eine Frage der Zeit. Sie haben erst dann richtigen Sinn, wenn der Staat die Fürsorge für die Idioten in Anstalten und in Hillfsschulen in die Hand nimmt. Er muss neue Anstalten und Hilfsschulen ins Leben rufen, er muss, soweit nöthig, die bestehenden Anstalten so umgestalten und beaufsichtigen, dass sie sich des allgemeinen Vertrauens erfreuen. Erst dann ist er berechtigt, Zwang auszuüben. Die Organisation der Idiotenpflege und des Idioten-Unterrichtes ist genau so Pflicht des Staates, wie die Errichtung und Pflege des Schulunterrichtes für gesunde Kinder.

## 10. Frage der Oberleitung in Idioten- und Epileptikeranstalten.

Bei der Fürsorge für Epileptische und für Idioten haben wir gesehen, dass nur der Staat, die Provinz oder grosse Stadtgemeinden Genügendes leisten können.

Durch den Preussischen Regierungserlass vom 11. Juni 1891 ist für den grössten Theil von Deutschland in diesem Sinn entschieden worden.

Eine andere Frage, die für das Anstaltswesen von einschneidender Bedeutung ist, ist dadurch nicht gelöst worden, die Frage, wem die Leitung der Anstalten unterstellt werden soll? Wir haben als etwas Selbstverständliches erwähnt, dass ein Arzt die Stelle des Vorstandes bekleiden müsse, wie der Director einer Irrenanstalt.

Thatsächlich ist davon in Deutschland mit verschwindenden Ausnahmen keine Rede. Die überwiegende Mehrzahl der Anstalten befindet sich unter geistlicher Leitung.

Dies erklärt sich aus der Geschichte der Idioten- und Epileptikerfürsorge. Wir haben zwar nicht verfehlt darauf hinzuweisen, dass in der ersten Periode der Idiotenfürsorge nicht Geistliche, sondern Aerzte und Lehrer, die auf ärztlicher Grundlage standen, die führende Stellung einnahmen. Aber die spätere Entwicklung der Idiotenanstalten, die bis in

unsere Tage reicht, vollzog sich vorzugsweise unter geistlicher Leitung, bei der Fürsorge für Epileptische war dies im Wesentlichen von Anfang an der Fall. Wir haben den Leistungen der christlichen und kirchlichen Wohlthätigkeit alle Gerechtigkeit widerfahren lassen. Aber wir sehen die confessionelle Fürsorge für Idioten und Epiletische als einen Durchgangspunkt, als ein zu überwindendes Entwicklungsstadium an, nicht aus doctrinären Gründen oder in egoistischer Vertretung von Standesinteressen, sondern im Gedanken an die Wohlfahrt der Kranken.

Schon vor Jahren haben Stimmen aus ärztlichen Kreisen auf die schweren Uebelstände hingewiesen, die aus der geistlichen Anstaltsleitung entspringen. Aber erst die Verhandlungen der deutschen evangelischen Irrenseelsorger haben volle Klarheit darüber geschaffen, wie von jener Seite die Sache aufgefasst wird. Von einer energischen, in den höchsten Kreisen einflussreichen, streng orthodoxen Partei wurde die dämonologische Krankheitsauffassung in scharfem Gegensatz gegen die medicinische gestellt. Aus jener Pathologie des Aberglaubens wurde die Forderung hergeleitet, dass nicht nur Idioten- und Epileptikeranstalten, sondern auch die Irrenhäuser dem Einfluss der materialistischen Aerzte zu entziehen, und der rechtgläubigen Geistlichkeit zu unterstellen seien.

Die Psychiater sind die Antwort nicht schuldig geblieben. Auf der Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in Frankfurt a. M. im Jahre 1893 sind auf Grund der vortrefflichen Referate von Siemens und Zinn neben anderen folgende Sätze einstimmig angenommen worden.

„Nicht unter ärztlicher Leitung stehende Anstalten für Geisteskranke, für Epileptische und für Idioten entsprechen nicht den Anforderungen der Wissenschaft, Erfahrung und Humanität und können deshalb als zur Bewahrung, Cur und Pflege dieser Kranken geeignete Anstalten auch im Sinne des Gesetzes vom 11. Juli 1891 nicht betrachtet werden . . . . . Es ist deshalb Pflicht des Staates, der Provinzial- und Kreisverbände, die hilfsbedürftigen Geisteskranken, Epileptischen und Idioten in eigenen unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehenden Anstalten zu bewahren.“

Damit ist für den Arzt die Sache entschieden. Man hätte denken sollen, auch anderweitig, besonders in den Kreisen der Regierung werde die Aeusserung der berufensten Sachverständigen einigen Eindruck machen.

Davon ist wenig zu spüren. Nach wie vor schieben ganze Provinzen und Länder ihre Kranken in die geistlich geleiteten Anstalten ab. Die Uebersicht über den Zustand der Epileptikerfürsorge in den preussischen Provinzen ist auch in dieser Hinsicht nicht ohne Interesse. Selbst der berüchtigte Alexianerprocess hat nicht zu einer grundsätzlichen Entscheidung der Regierung geführt. Es bedarf offenbar noch weiteren Materials, noch weiterer „sensationeller Vorkommnisse“,

bis die Regierungen sich entschliessen, den berechtigten Forderungen der Aerzte, die nur das Wohl der Kranken im Auge haben, gerecht zu werden. Es wird an neuem Material nicht fehlen!

Wir Aerzte haben die Pflicht, wieder und immer wieder auf die Durchführung der Frankfurter Beschlüsse zu dringen. Die Partei, die uns hier befehdet, wird von selbst kein Jota von ihren Ansprüchen aufgeben.

Erst dann wenn die ärztliche Leitung und der ärztliche Dienst so geregelt ist, wie er den Anforderungen der Psychiatrie entspricht, werden die Anstalten ihre Aufgabe nach der praktischen und wissenschaftlichen Seite hin in vollem Umfange erfüllen.

---

# 6. Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Trinker.

(Alkoholfrage und Alkoholbewegung.)

Von

Dr. med. **Erich Flade** in Dresden.

---

## 1. Der Alkoholismus.

Der grossartige Aufschwung, den das Brauwesen, die ungeheuere Verbreitung, welche die Brauereien gewonnen, und die staunenswerthe Vervollkommnung, welche die gesammte damit zusammenhängende Industrie in der Herstellung alkoholhaltiger Getränke in der neueren Zeit erlangt haben, sind in Folge der naturgemäss daraus sich ergebenden bedeutenden Verbilligung der Spirituosen und der enormen Zunahme ihrer Kauf- und Schankgelegenheiten an erster Stelle die Ursache dafür geworden, dass die Völker im Laufe der letzten Jahrzehnte sich mehr und mehr dem unmässigen Alkoholgenusse ergeben haben und dass insbesondere unser deutsches Volk das Volk der Gewohnheitstrinker geworden ist. Der Geschmack an nichtalkoholischen Getränken und das Verlangen nach solchen ist in beständigem Rückgange; unser gesammtes gesellschaftliches Leben steht unter dem Zwange des Alkoholconsums und der Trinksitten; man verlangt allgemein nach Alkohol.

Das Trinken der Deutschen wird nur zu oft als eine von den Vorfahren ererbte Leidenschaft bezeichnet. Aber mit Unrecht: Die „alten Deutschen“ waren keine Gewohnheitstrinker. Sie tranken im Allgemeinen Getränke von nur geringem Alkoholgehalt, auch nahm die breite Masse nicht täglich und gewohnheitsmässig geistige Getränke zu sich. Das heutzutage bis ins Einzelne ausgeprägte Kneipen- und Stammtischwesen war unseren Ahnen fremd. Der Genuss des Branntweins beginnt erst mit der Zeit des dreissigjährigen Krieges an Verbreitung zu gewinnen und in den fünfziger Jahren unseres Jahrhunderts seinen Höhepunkt zu erreichen, während wir jetzt im Zeitalter des Biergenusses im Grossen uns befinden und nebenher noch in den wohlhabenderen Kreisen Liköre, Wein und Sekt, in den minder bemittelten Schnäpse jeder Art in Unmasse vertilgt werden. — Bilder grauenhaften

Elendes malen uns die Berichte über die Branntweinpest im zweiten Viertel unseres Jahrhunderts; wer aber eine Geschichte des Biersumpfes und Schnaps- oder Weinkonsums des letzten Viertels eingehend einmal schildern und studiren will, der wird erkennen und erkennen lassen, wie der Jammer und das Elend, welches der unmässige Alkoholgenuss jetzt hervorruft, in allen Volkskreisen seine Opfer findet und wie deren Zahl eine nicht weniger erschreckende, die Schäden, welche Volkswohl und Volksgesundheit durch den Alkoholismus unserer Zeit erleiden, nicht geringere sind, als die, welche der Branntwein allein zu jener Zeit verschuldete.

Es ist bekannt, wie der Alkoholgenuss nur allzuleicht im Menschen einen unwiderstehlichen Drang, ihn wieder und wieder und im Unmaass zu pflegen, hervorruft. Er ist der heimtückischste Feind des Menschengeschlechtes, welches er unter der Maske des guten, unentbehrlichen Freundes ins Verderben führt. S o ist im A l l g e m e i n e n der A l k o h o l g e n u s s selbst die eigentliche Ursache der Unmässigkeit und der T r u n k s u c h t, und auf das Klarste ist auf dem Wege der Wissenschaft und der Erfahrung erwiesen, dass die verschiedensten Ursachen, welche man für den Alkoholismus anzuführen beliebt, zumeist nicht solche, sondern vielmehr die Folgen der Trunksucht sind.

Man hat namentlich sociale Nothstände mannigfachster Art als den Alkoholgenuss begünstigend beschuldigt, die Wohnungsnoth der niederen Volksklassen, die Nahrungssorgen der Armen, die Arbeitslosigkeit u. a. m., dabei aber vergessen, dass solche Missstände gerade die am ehesten zu treffen pflegen, welche, anstatt für ihre Verhütung oder Abstellung ihren Verdienst zum grössten Theile für geistige Getränke verausgeben. Die Thatsache, dass in Zeiten grösseren Wohlstandes und ungewöhnlich hoher Löhne in lohnarbeitenden Klassen auch der Alkoholverbrauch enorm hoch gewesen ist, beweist allein die Nichtigkeit der Behauptung, dass der Arbeiter nur trinke, weil er nicht oder ungenügend verdiene. Wer trinkt, um die Noth zu bekämpfen, steigert sie. Zum anderen: der Reiche im Palaste trinkt, wie der Arme in der Hütte; er trinkt, obwohl er nichts von Noth an sich erfährt. Es soll damit nicht geleugnet werden, dass die Verführung, in das Wirthshaus zu gehen, für den, der daheim eine ordentliche Wohnung oder genügende Nahrung nicht vorfindet, eine grössere ist, als für den gut Gestellten. Es bedarf dann schon einer besonderen Willenskraft, um der Versuchung zu widerstehen, vor allem aber der sicheren Erkenntniss von der Unrichtigkeit der Ansicht, dass die alkoholischen Getränke eine besondere Nährkraft besitzen. D e r N ä h r w e r t h d e r A l k o h o l i k a i s t e i n v e r s c h w i n d e n d e r. Als Stärkungs- und Wärmemittel aber können sie nur für kurze Zeit dienen. Vielmehr wird ihre im Augenblick belebende und durch Erweiterung der peripheren Blutgefässe eine allgemeine Durchwärmung des Körpers vortäuschende Eigenschaft von der weiterhin folgenden Erschlaffung und Abkühlung des Organismus alsbald wieder lügengestraft. Nicht nur die Versuche unserer Physiologen, sondern auch die Er-

fahrungen unserer Sportsleute lassen darüber keinen Zweifel mehr bestehen: Ein rechter Sportsmann nimmt keinen Alkohol zu sich, und wer Strapazen aushalten will, vermeidet seinen Genuss nicht minder; die Forschungsreisenden sind einstimmig in Verurtheilung des Alkoholgenusses, der die Tropen durchquert genau so, wie der die Eisregionen Befahrende. Sie alle kennen im Alkohol ihren gefährlichsten Feind, der wohl momentan über starke Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Körperkräfte hinweghelfen, nimmermehr aber auf längere Zeit zur Bewältigung grösserer Anstrengungen befähigen kann, vielmehr vorzeitige Ermattung und Abnahme der Kräfte des Körpers wie des Geistes herbeiführt. Die ausgezeichneten Veröffentlichungen von Bunge, Gaule, Rosenthal und zahlreichen anderen namhaften Autoren haben an der Hand des Experimentes die Richtigkeit solcher, durch Erfahrung gewonnener Anschauung bewiesen.

Es ist der Alkohol ein Gift gefährlichster Art für Körper und Geist dessen, der ihn gewohnheitsmässig und übermässig aufnimmt, und jenen vorübergehend belebenden Wirkungen gegenüber stehen die Folgen der acuten und die dauernden Verheerungen der chronischen Alkoholvergiftung. Erstere kennen wir unter dem Namen Rausch; sie ist eine Kohlensäurevergiftung mit den verschiedensten Lähmungserscheinungen; letztere kennzeichnet sich durch unaufhaltsame Beeinträchtigung des Lebens der Zelle und eine infolge dessen beständig fortschreitende allgemeine Hemmung des gesammten Stoffwechsels mit Abnahme der Functionsfähigkeit und allmählicher Degeneration unserer lebenswichtigen Organe.

Hält sich die Menge des andauernd aufgenommenen Alkohols in mässigen Grenzen, — als Maximum dürfen wir das Quantum von etwa 30 g täglich annehmen —, so ist der kräftige Körper des erwachsenen Mannes zumeist widerstandsfähig und nennenswerthen Störungen nicht ausgesetzt, während dem zarteren weiblichen Organismus und dem kindlichen überhaupt bereits bedeutend geringere Mengen auf die Dauer schädlich sind. Uebersteigt die tägliche Aufnahme von Alkohol oben genannte Grenze, so beginnt sie im allgemeinen auch dem Manne schon zu schaden, er trinkt mehr, trinkt täglich im Uebermaass, und ist in Gefahr „trunksüchtig“ zu werden, d. h. die Sucht, andauernd Alkohol zu geniessen, nimmt ihn gefangen, und je weiter er jenes Maximum überschreitet, um so mehr verkürzt er seine Lebenszeit, um so schneller eilt er Krankheit und Siechthum entgegen, um so sicherer verwandelt sich das Bild des in seinen körperlichen, wie geistigen Leistungen beständig, wenn auch anfangs noch unmerklich zurückgehenden Gewohnheitstrinkers in das Zerrbild des den Jammer und das Elend der Familie kündenden, zu einem unbrauchbaren, ja oft gemeingefährlichen Gliede der menschlichen Gesellschaft gewordenen Trunksüchtigen oder Trunkenboldes und, wo nicht die Vorsehung oder die eigene Hand plötzlich solches werthlose und nur zu oft gemeinschädliche Dahinleben enden oder bei Zeiten seine Heilung bewirkt wird, da bezeichnet ein

frühes Dahinsiechen daheim oder im Krankenhause oder auch der Aufenthalt im Irren- oder Zuchthause den Schlussakt dieses chronischen Selbstmordes.

Machen sich bei dem Bier- und Weintrinker in erster Linie die verschiedensten Störungen seitens der Functionen körperlicher Organe bemerkbar, wie wir sie in Verdauungsbeschwerden mannigfachster Art und Circulationsstörungen und Beeinträchtigung des Stoffwechsels vor allem kennen, so überwiegen bei dem Schnapstrinker viel eher die geistigen Störungen. Eins aber ist den Alkoholikern insgesammt gemeinsam: sie erleiden mehr oder weniger einen Ausfall an Energie und Intelligenz, sie verlieren mehr und mehr die Freiheit des eigenen Willens, die Selbstbeherrschung, und sinken dadurch von Stufe zu Stufe tiefer, sich selbst wie den Mitmenschen früher oder später eine Last und Gefahr. Der Trunksüchtige ist ein Kranker geworden, der seinem Leiden sich selbst nicht mehr zu entreissen vermag, vielmehr dringend unserer Hilfe und der Heilung bedarf.

Mit dem einzelnen Trinker geht die Familie zu Grunde; nicht nur Jammer und Noth halten alsbald ihren Einzug, sondern die Nachkommenschaft des Trinkers an sich ist anerkannt minderwerthig an Quantität und Qualität und disponirt zu abnormer Entwickelung von Geist und Körper, wofür die Berichte unserer Kinderheilstätten, der Anstalten für Idioten, Epileptiker u. a. m. erschreckende Beweise liefern. Mit den Familien aber, als den Grundsteinen jeder staatlichen und gesellschaftlichen Wohlfahrt, sinkt auch das festeste Staatsgefüge allmälig zusammen.

Baer sagt einmal: „Die tägliche Erfahrung lehrt, dass nichts das geordnete und gesittete Familienleben, dieses Fundament der staatlichen und gesellschaftlichen Wohlfahrt so sehr zerstört, wie die Trunksucht", — und an anderer Stelle: „Die Erfahrung lehrt und die tägliche Wahrnehmung bestätigt es immer von neuem, dass dort, wo die alkoholischen und ganz besonders die spirituösen Getränke in weiten Kreisen der Bevölkerung gewohnheitsmässig und im Uebermaass genossen werden, schwere Schädigungen des leiblichen, geistlichen und sittlichen Lebens, sowie der materiellen Wohlfahrt des Volkes unausbleiblich eintreten und um so grösser sein werden, je mehr und je länger sich dieses Laster in die Lebensgewohnheiten des Volkes einnistet".

Es würde hier zu weit führen, mit statistischem Materiale nachzuweisen, welch ungeheuere Schädigung jedes Gemeinwesen durch die ihm zur Last fallenden Trunksüchtigen erleidet, wie viel Tausende von Familien infolge Trunksucht zu Grunde gehen und wie viel Abertausende von Schwachsinnigen, Blöden, Epileptikern und sonst minderwerthigen Individuen sie erzeugen, wie viel Alkoholiker andererseits daheim oder in Krankenhäusern allein durch unmässigen Alkoholgenuss vorzeitig dahin siechen. Nur kurz zusammenfassend sei folgendes bemerkt: Die grossen Armen- und Besserungshäuser, die allgemeinen Krankenhäuser

und Irrenanstalten, die Gefängnisse und Zuchthäuser sind die Stätten, wo eine ungeheure Zahl von Trunksüchtigen Jahre lang ihren Aufenthalt findet. Nach Baer's Berechnung sind beispielsweise im Deutschen Reiche im Jahre 1877 in die öffentlichen Heil- und Irrenanstalten 5085 Fälle und 1885 schon 11974 Fälle von chronischem Alkoholismus abgegeben worden. Man schätzt die Zahl der infolge übermässigen chronischen Trunkes den Irrenanstalten alljährlich in Deutschland anheimfallenden Personen auf etwa 30000 und nimmt an, dass jeder neunte Mann bei uns an chronischer Alkoholvergiftung vorzeitig stirbt. Weit mehr denn 30000 Arme fallen alljährlich bei uns der öffentlichen Versorgung infolge von Trunksucht zur Last. In den Arbeitercolonien und verwandten Unterkunfsstätten sind 90 von Hundert der Aufgenommenen Trinker. Auf der anderen Seite muss sich das Strafgesetz jährlich mit rund 150000 Fällen von unter dem Einflusse des Rausches oder des chronischen Alkoholismus begangenen Vergehen und Verbrechen befassen. Es sind also neben dem kaum berechenbaren Schaden, welchen unser Deutsches Volk durch unmässigen Alkoholconsum allein hinsichtlich seiner allgemeinen Nähr- und Wehrkraft erleidet, enorme Lasten, welche es trägt für den Unterhalt von Tausenden und Abertausenden jener Unglücklichen, die Jahr aus Jahr ein unsere Heil- und Strafanstalten beherbergen. Neben einer unersetzbaren Summe arbeitskräftigen Menschenmaterials vernichtet der Alkohol alljährlich Millionen, ja Milliarden von Volksvermögen; „er fordert mehr Opfer, als alle Kriege und Seuchen zusammengenommen".

Nur mit wenigen Zügen konnten hier Ursachen und Folgen des unmässigen Alkoholgenusses, eines unserer ersten socialen Uebel berührt werden. Einen näheren Einblick zu gewinnen, dazu muss das Studium der bereits reichhaltigen Alkoholliteratur, der ausgezeichneten Veröffentlichungen bedeutender Volkswirthschaftler, Juristen, Aerzte, sowie die Berichte von Geistlichen, insonderheit Männern der Inneren Mission, welche das Rettungswerk von Trinkern betrieben haben, dazu mögen die Aufzeichnungen unserer Trinkerheilstätten dienen. Kein Beruf aber weist dringlicher und beredter auf die Nothwendigkeit des Kampfes gegen die Trunksucht, die eigentliche deutsche Volkseuche, hin, als der des Arztes. Ihm treten die Schädigungen, welche das einzelne Individuum durch den Alkohol erleidet, unmittelbar vor Augen; der Arzt ist es, dem am ehesten das ganze Elend der Familie eines Trunksüchtigen entgegentritt, der damit zugleich den Blick in die Zukunft des Einzelnen, wie seiner Angehörigen gewinnt, welche den frühen Untergang und eine gesammte allmähliche Entartung des Geschlechtes kündet. Und da der Trunksüchtige ein Kranker ist, wird seine Behandlung dem Arzte zukommen und vom Standpunkte des Arztes aus vornehmlich zu betrachten sein.

## 2. Das Wesen der Trunksucht und ihre Heilung.

Aus der kurzen Betrachtung über den Alkoholismus haben wir bereits ersehen, wie die Trunksucht durch andauernden gewohnheitsmässigen Alkoholgenuss erworben werden kann. In der That ist diese erworbene Trunksucht die häufigste ihrer Formen und diejenige, welche an erster Stelle die nur allgemein geschilderten Schädigungen des Individuums, wie der Gesammtheit verschuldet. Bei der Mehrzahl unserer Gewohnheitstrinker stellen sich neben den Erscheinungen der Abnahme und des allmählichen Verfalles der körperlichen Functionen Störungen der geistigen Kräfte um so leichter und um so eher ein, je konzentrirter die aufgenommenen alkoholischen Getränke sind. Das Charakteristische für den Eintritt der Trunksucht ist, wie oben angedeutet wurde, der Verlust der eigenen Willensfreiheit. Der Trunksüchtige kann nicht mehr zurück aus dem Banne des unmässigen chronischen Alkoholkonsums; die Sucht nach solchem hält ihn fest gefangen und überwältigt ihn immer von neuem unwiderstehlich trotz guter Vorsätze und des Entschlusses zur Umkehr und des Wunsches nach Befreiung aus seiner Zwangslage. Der Alkoholiker in solchem Zustande ist, wie erwähnt, ein Kranker, der dringend ärztlicher Hilfe bedarf. Der unmässige Trinker an sich braucht nicht durchaus trunksüchtig zu sein oder zu werden, und die amerikanischen Autoritäten haben mit Unrecht, wie Nasse ehedem wiederholt eingehend begründet hat, jeden Gewohnheitstrinker als Trunksüchtigen in eine Heilanstalt verwiesen. — Der seiner Selbstbestimmung nicht mehr fähige Trunksüchtige ist naturgemäss sich wie anderen eine beständige Gefahr, und es liegt in seinem wie der Gesellschaft ureigensten Interesse, dass er aus diesem Zustande errettet wird.

Die Trunksucht tritt in mannigfacher Weise und verschiedensten Aeusserungen bei den Einzelnen in die Erscheinung. Oft ist sie geraume Zeit schon vorhanden, ehe nur der Laie zu ahnen beginnt, dass der von ihr Betroffene schon vollkommen in ihrer Gewalt ist, geschweige denn letzterer sich selbst für irgendwie gefährdet hält. Noch bewegen sich diese Alkoholiker frei in der Gesellschaft umher. Nur das Auge des Sachkundigen wird schon erkannt haben, wie ihre Urtheilskraft, ihre Energie, ihr Gedächtniss der alten Sicherheit ermangeln, wie ihr Gemüth abzustumpfen beginnt, wie ihre Intelligenz leidet. Bald werden aber auch dem schärfer beobachtenden Laien Worte und Handlungen solcher Trunksüchtiger unüberlegter, einsichtsloser und unbegründeter, denn vordem, erscheinen. Andererseits wird ihm hier eine Erregbarkeit an ihnen auffallen, die ihnen zuvor nicht eigen war, dort eine Gleichgiltigkeit und Nachlässigkeit, deren sie ehedem sich nicht schuldig gemacht haben würden. Allmählich stellen sich Zeichen von Unsicherheit in Erledigung der alltäglichen Geschäfte ein, Vergesslichkeit und Unzuverlässigkeit in Berufspflichten, bis gröbere Verstösse und handgreiflichere Fehler und Vergehen auch den Unkundigen über den Zustand des Erkrankten belehren.

In vielen Fällen wird erst ein plötzlich zum Schrecken aller Angehörigen und Freunde und zum grössten Erstaunen der überraschten Zechgenossen eintretender Anfall von Delirium tremens die Situation auch für den, welcher sich etwa erkennbaren Vorboten verschlossen hatte, klar legen. Zum Ausbruche des Delirium tremens bedarf es, wie Smith mit Recht schreibt, immer des Zustandes tiefer Alkoholisation. Es ist bekannt, wie oft die geringfügigsten körperlichen oder seelischen Traumen ihn veranlassen können. Dieser Säuferwahnsinn ist eine acute Geistesstörung im Verlaufe der chronischen Alkoholvergiftung.

Zu den häufigsten Formen der Trunksucht ist die erst neuerdings namentlich durch Baer, Kraepelin, Forel u. a. m. genügend gewürdigte und näher beschriebene Alkoholepilepsie zu rechnen, „in ihren verschiedenen Abstufungen und Transformationen, vom leichtesten, schnell vorübergehenden Verlust des Bewusstseins, Schwindel und Ohnmachtsanfall bis zum epileptischen Irrsinn“ (Baer). Nothnagel räumt dem habituellen Alkoholgenuss unter den Veranlassungen zur Epilepsie den ersten Platz ein.

Die dem Laienpublikum wohl bekanntere und von ihm nächst dem Delirium besonders gefürchtete Erkrankungsform ist die Dipsomanie. Sie hält sich nicht in so geschlossenen Grenzen und nicht an so beschränkte Termine, wie man gemeinhin anzunehmen pflegt. Vielmehr trinken die gewöhnlich als Dipsomanen oder „Quartalsäufer“ bezeichneten Alkoholiker zumeist auch ausserhalb ihrer „Saufperioden“ — nur weniger, als während derselben.

Unter die grosse Zahl von Alkoholikern, welche unsere Irrenanstalten bevölkern, gehören vor allem auch die an alkoholischem Wahnsinn Leidenden, jener ziemlich häufig auftretenden alkoholischen Verrücktheit, die mit Gehörstäuschungen, systematischem Verfolgungswahn und dergleichen Zuständen einhergeht; ferner die an Alkoholmanien oder Alkoholmelancholien Leidenden und insonderheit die reiche Menge der Paralytiker.

Dass die Trunksucht sich vererbe, also direkt übertragbar von Eltern auf Kinder oder Kindeskinder sei, darf füglich bezweifelt werden. Wohl aber sind die Nachkommen Trunksüchtiger hervorragend disponirt zur Erwerbung jedweder Krankheit und somit vornehmlich auch der Trunksucht. Denn die Kinder trunksüchtiger Eltern sind zumeist minderwerthig an Geist und Körper und nur in der Minderzahl normal entwickelt. In den Anstalten für schwachsinnige und blöde Kinder, für Idioten und Epileptiker, in Besserungsanstalten und allen der Aufnahme kranker, verwahrloster oder zurückgebliebener Kinder dienenden Stätten finden wir einen erschreckenden Procentsatz der Pfleglinge als von Alkoholikern abstammend. Zum anderen sind eben infolge ihrer ererbten geringen Widerstandskraft viele unter den Trunksüchtigen Kinder trunksüchtiger Eltern. „Die — wohl fälschlich hereditär genannte — Form der Trunksucht, sagt Smith, gehört allerdings zu den die Gesellschaft wie ihren eigenen Träger besonders belastenden Arten, zumal,

wenn durch Accumulirung dieser „Vererbung“ in mehreren Generationen die Familie schon einem degenerativen Verfall entgegengeht“.

Im Allgemeinen haben wir es in dem trunksüchtig gewordenen Gewohnheitstrinker mit einem heilbaren Kranken zu thun. Selbst zum Theil heute noch als unheilbar von verschiedenen Seiten bezeichnete Zustände, wie die Dipsomanie, die Alkoholepilepsie und einige seltenere mit vorübergehender Geistesstörung verbundene Arten der Trunksucht sind heilbar. Ebenso ist der Delirant ein heilbarer Alkoholiker. Andere Formen wiederum sind als unheilbar einer besonderen Behandlung nicht fähig, so vor allem die mit Veränderungen des Hirns einhergehenden Erkrankungen, die Dementia und Paranoia alcoholica, die Paralyse und verwandte Zustände, die Dementia alcoholica senilis, wie die chronisch alcoholische Verrücktheit, die zumeist von Verfolgungswahn, beziehentlich Eifersuchtswahn begleitet ist.

Forel bezeichnet ferner als der Heilung zumeist nicht zugänglich „Menschen mit angeborenen ethischen Defecten, gewisse schlechte Charaktere, Verbrechernaturen, unverbesserliche Lumpen, Gewohnheitslügner und Gewohnheitsdiebe, kurz Menschen ohne Gewissen, die trunksüchtig geworden sind.“

Nur der sachkundige, in unserem Falle psychiatrisch geschulte Arzt wird entscheiden können, ob ein Trunksüchtiger zur Einleitung eines regelrechten Heilverfahrens sich eignet. Wir werden sehen, dass letzteres nur durchführbar und erfolgreich ist in einer rationell geleiteten Trinkerheilstätte, zuvor aber noch einige Worte den Anstalten widmen müssen, welche zur Zeit weitaus die grösste Zahl unserer Trunksüchtigen noch aufnehmen, ohne ihnen aber wesentlich helfen noch weniger sie heilen zu können, Anstalten, welche zum Theil nothgedrungen und zu ihrem eigenen Schaden der Versorgung Trunksüchtiger dienen.

Von Aerzten geleitete Nervenheilstätten, von Laien errichtete und demgemäss nur zu oft schablonenhaft und vollkommen unwissenschaftlich betriebene Natur-, Kaltwasserheilanstalten und wie all diese oft nur Reclame- und Geldinstitute darstellenden Unternehmungen sich nennen, nehmen jahraus jahrein Tausende von Alkoholikern auf. Vermöge einer hygieinisch-diätetischen Lebensweise, welche durch geeignete Bäder, Massage, Gymnastik und dergleichen Maassnahmen vortheilhaft unterstützt wird, kräftigen sich alsbald die zerrütteten Geistes- und Körperkräfte der Pfleglinge von neuem. Nach wenigen Monaten oder nur einigen Wochen verlässt der Trunksüchtige diese „Heilstätte“ wesentlich gebessert oder angeblich geheilt. Sein wahres Leiden, die Trunksucht, ist auf kurze Zeit in den Hintergrund gedrängt, nicht geheilt worden. Nur wenige unter dem Principe vollkommenster Abstinenz von eigens der Trinkerheilung sich widmenden Aerzten geleitete „Nervenheilstätten“ können in Wahrheit Anspruch darauf machen, Heilanstalten für Trunksüchtige zu sein, so beispielsweise Schloss Marbach am Bodensee,

Haus Rockenau am Neckar, die Heilstätte von Dr. Schmitz in Bonn. Uebrigens können ja hier wie dort nur Bemittelte Unterkommen finden.

Die von geistiger Störung befallenen Alkoholiker werden zur Zeit in unseren Irrenanstalten untergebracht. Natürlicher Weise werden dieselben alsbald nach Ablauf acuter Seelenstörungen, und zwar sobald es ihr Zustand erlaubt, wieder aus dem Irrenhause entlassen. Sie trinken wieder und — bleiben trunksüchtig. Und um so lieber werden die Alkoholiker schnell aus den Irrenanstalten entfernt, als sie anerkannter Maassen hier sehr störend auf die anderen Kranken einwirken. Auch besteht keine Veranlassung, sie nach Ablauf von Psychosen noch zurückzuhalten, zumal da sie, wenn sie nicht Alkohol geniessen, zumeist wieder ungefährlich, jedenfalls nicht würdig sind, mit Irren unter einem Dache gehalten zu werden.

Der ganze in einer Irrenanstalt herrschende Betrieb, die Irrenbehandlung an sich in ihren feinen und schwierigen Einzelheiten, die für Geisteskranke nöthige, besondere individualisirende Freiheitsbeschränkung und nicht zum wenigsten auch die Gesellschaft der Irren überhaupt sind vollkommen ungeeignet, einen Trunksüchtigen seiner Heilung zuzuführen. Die von einer Geistesstörung genesenen Alkoholiker gehören erst recht nach ihrer Entlassung in eine Trinkerheilstätte. Andererseits sind unheilbare Trunksüchtige ein so störendes Element in einer Irrenanstalt, dass auch sie von hier möglichst zu entfernen und am besten in Sonderanstalten unterzubringen wären, worauf wir unten noch zurückkommen werden.

Unsere unbemittelten Trunksüchtigen finden wir, insoweit sie nicht geistig gestört sind, weiterhin untergebracht in Besserungsanstalten und noch mehr in Arbeitshäusern. Diese Anstalten sind nun nicht nur nicht bestimmt, Trunksüchtige zu heilen, sondern auch garnicht im Stande dazu. Vielmehr liegt gerade für Alkoholiker im Zusammensein mit Vagabunden, Arbeitsscheuen und Verbrechern verschiedenster Art eine besondere Gefahr für gänzlichen Verlust der ihnen noch innewohnenden Moral. Andererseits ist der Termin, zu dem eine Ueberweisung in solche Anstalt gesetzlich einzutreten hat, auf eine Zeit gesetzt, wo der Trunksüchtige zumeist schon seinem vollkommenen Ruine nahe steht und die Aussicht auf Heilung um so unsicherer geworden ist. So sind die Arbeitshäuser und verwandte Straf- und Erziehungsanstalten keineswegs fur Aufnahme oder gar Heilung von Trunksüchtigen in Betracht kommende Orte. Und der aus ihnen entlassene Alkoholiker wird je eher je lieber wieder dem Trunke verfallen. Seine Besuche hier aber werden sich alsbald auf längere Zeit wiederholen, wofern er nicht eines Tages in der Irrenanstalt oder im Zuchthause dauernd Unterkunft finden muss.

Was Gefängniss und Zuchthaus anlangt, so dürfen wir nicht vergessen, dass die sich hier zusammenfindenden Individuen besonders schwer moralisch zu beeinflussen und somit criminelle Trunksüchtige für ein etwa weiterhin anzubahnendes Heilverfahren hier kaum vorzu-

bereiten sind, dass aber weiterhin gerade die Haft und der gesammte Verkehr und Betrieb einer solchen Strafanstalt ja nur geeignet erscheinen können, Vergehen und Verbrechen zu ahnden, keineswegs aber die Trunksucht als deren Ursache zu beseitigen. Auch hier haben wir die gleiche Erfahrung: der entlassene Häftling verfällt fast ausnahmslos wiederum dem Trunke, wird nicht nur zum rückfälligen Trunksüchtigen, sondern nur zu oft als solcher auch wiederum zum trunksüchtigen Verbrecher. So sollte auch der aus der Haft entlassene Trunksüchtige einer seiner Heilung dienenden Anstalt überwiesen werden. Mit unserer Rechtspflege dürfte es nicht unvereinbar sein, einen Häftling noch vor Ablauf seiner Strafzeit unter gewissen Voraussetzungen, wie beispielsweise tadelloser Führung, in eine Trinkerheilstätte zu überführen und ihn dort bis zum Ablauf des Hafttermins verweilen zu lassen. Gehen doch amerikanische Gesetze so weit, einen trunksüchtigen Verbrecher überhaupt nicht in das Zuchthaus, sondern direct in eine Trinkerheilstätte überführen zu lassen, da in Amerika die Heilung des Trunksüchtigen, der straffällig sich gemacht hat, viel nöthiger erscheint, als seine Bestrafung.

Das geeignete Heilmittel für den Trunksüchtigen ist seine Unterbringung und Behandlung in einer Trinkerheilstätte. Die Versuche, ihn in Familienpflege oder Enthaltsamkeitsvereinen zu heilen, haben erfahrungsgemäss zu nennenswerthen Erfolgen nicht geführt, vielmehr sind letztere nur eine passende Ergänzung der Anstaltsbehandlung, wovon noch die Rede sein soll. Der gesammte Betrieb und das geregelte Leben in der Heilstätte mit ihrer beständigen ärztlichen Ueberwachung, das gemeinsame Wirken und Arbeiten des Anstaltspersonals mit den Pfleglingen und dieser unter einander, sowie alle weiterhin zu erwähnenden Heilfactoren vermögen weit mehr zu erreichen, als selbst sorgsame Pflege in Familien und Vereinen.

„Der gegenseitige Einfluss der Kranken, schreibt Baer, ist eins der allerwichtigsten Mittel und Hebel, auch in dem Hoffnungslosesten und Entmuthigtsten den Wunsch zur Besserung aufkommen zu lassen, diesen bald zum Schlusse zu erstarken und die Hoffnung wieder zu erwecken, die ihm neuen Muth gewährt und die Lust zu einem neuen Leben. Nur in einem Asyle lässt sich dieser Einfluss gewinnen, sowie die volle Abstinenz zunächst mit Gewalt und dann mit eigener Willensbestimmung durchführen“. Die Ueberzeugung von der Nothwendigkeit einer Anstaltsbehandlung theilen mit Baer unsere bedeutendsten in der Trinkerheilung erfahrenen Psychiater, vor allem aber unsere die Leitung von Trinkerheilstätten betreibenden genauesten Kenner der Trunksuchtsfrage. Und schliesslich geben die Berichte und Statistiken, welche uns aus den gut geleiteten Anstalten vorliegen, zuverlässigen Beleg dafür, dass ein genügend langer Aufenthalt in einer solchen in der That in weitaus der Mehrzahl der Fälle Heilung gewährleistet. Die Musteranstalt Ellikon a. d. Thur, die deutschen Heilstätten Siloah, Lintorf, Friedrich-Wilhelms-

dorf u. a. m., die erste der englischen Trinkerheilanstalten, Rickmansworth, wie auch die amerikanischen hervorragenden Heilstätten zu New-York, Washington u. s. w. weisen 60 vom Hundert und mehr Heilungen nach mindestens einjähriger Behandlung der Trunksüchtigen auf.

### 3. Die Trinkerheilstätten.

Die nordamerikanischen Staaten sind in Errichtung von Trinkerheilstätten uns weit voran gewesen; die überwiegende Zahl der privaten Anstalten wird dort vom Staate geschützt oder auch finanziell unterstützt. Nach Nasse ist das erste gesetzliche Vorgehen für Unterbringung von Trinkern in besonderen Anstalten 1854 auf Veranlassung von Dr. Turner im Staate New-York erfolgt und im gleichen Jahre dort das erste Trinkerheim entstanden. Im Jahre 1872 waren schon 12 Trinkerasyle in 8 Staaten der Union vorhanden. Für unheilbare Trinker wurden die staatlichen Trinkerheilanstalten als Retreat (Bewahranstalt zur Sicherung) bestimmt. Als die wichtigsten Heilfactoren galten kräftige Kost, frische Luft und körperliche Bewegung. Die Leitung der Asyle hat zumeist ein Arzt gemeinsam mit einem Ueberwachungsausschuss. Von günstigstem Einfluss für das Gedeihen der Anstalten ist das Verbot des Verschänkens alkoholischer Getränke bis auf $^1/_2$ Meile im Umkreis. Einige derselben beherbergen 300 und noch mehr Insassen. Die Anstalten rechnen zwischen 30 bis 60 pCt. Heilerfolge. Der Aufenthalt der Trinker in der Anstalt kann auf dem Zwangswege bis zu 3 Jahren ausgedehnt werden. Schon im Juni 1875 hatten die in Auburn versammelten nordamerikanischen Irrenärzte die Irrenanstalten als für Aufnahme von Trunksüchtigen nicht geeignet erklärt und staatliche Errichtung von besonderen Trinkerheilstätten gefordert.

England und Frankreich sind alsbald dem Beispiel Nordamerikas gefolgt. Hier gab die erste Anregung dazu Dr. A. Forille, dort Dr. Dalrymple. — Auch in England ist zwangsmässige Unterbringung von Trunksüchtigen in Trinkerheilstätten vorgesehen; das diesbezügliche Gesetz enthält aber theilweise viel zu laxe Bestimmungen, als dass wesentliche Erfolge davon zu erhoffen wären. 1887 bestanden in England 7 Trinkerheilanstalten. Es waren finanzielle Unternehmungen, nur 3 von ihnen waren ärztlicher Leitung unterstellt. Als vortreffliche Anstalt bezeichnet Pastor Hirsch das Dalrymple-Asylum in Rickmansworth. Letzterer — einer unserer besten Gewährsleute auf dem Gebiete der Trinkerheilbewegung — tadelte mit Recht an den englischen Anstalten die in verschiedenen herrschende Unsitte, männliche und weibliche Kranke zusammen aufzunehmen und den gefängnissähnlichen Abschluss von der Aussenwelt durch Mauern und Gitter, während er andererseits die günstigsten Dauererfolge nach der Entlassung vor allem dem glücklichen Umstande zuschreibt, dass die Geheilten in dem viele Millionen Enthaltsame zählenden England vielerorts sofort Anschluss an einen Enthaltsamkeitsverein oder eine abstinente Familie finden. Mustergiltig für viele unserer

Trinkerheilstätten geworden ist Ellikon a. d. Thur (Schweiz). Ellikon ist noch immer diejenige ausserdeutsche Trinkerheilanstalt, welche neben der höchsten Besuchsziffer die grössten Heilerfolge aufzuweisen hat. Als beste Trinkerheilanstalt in den Vereinigten Staaten führt Forel das Asyl Washingtonian Home zu Boston an.

Dänemark besitzt zwei gut geleitete Trinkerheilstätten, Sövang bei Köge und Enkrateia bei Kopenhagen.

In Niederösterreich wird der Bau einer grossen öffentlichen Heilanstalt für Alkoholiker unter Berücksichtigung zwangsweiser Unterbringung von Trunksüchtigen geplant.

In den übrigen ausserdeutschen Ländern steht die Trinkerheilbewegung noch in ihren ersten Anfängen.

In Deutschland trat zuerst im Jahre 1851 Nasse der Aeltere für Errichtung von Trinkerheilanstalten ein; später riefen Salomon in Posen und die Directoren westfälischer Provinzialirrenanstalten Koster, Forster und andere dazu auf. Als erste Trinkerheilstätte Deutschlands dürfen wir Lintorf betrachten. Es wurde zunächst als Anstalt für entlassene Strafgefangene im Jahre 1851 errichtet und ist dann allmählich zur Trinkerheilanstalt geworden. Männer der Inneren Mission haben es ins Leben gerufen, wie denn überhaupt die Innere Mission das hervorragende Verdienst hat, bahnbrechend in der Errichtung von Trinkerheilanstalten in Deutschland vorgegangen zu sein. Zur Zeit finden die Trinker bei uns besondere Pflege und Behandlung in allein für sie bestimmten Trinkerheilstätten oder in Nervenheilstätten, welche besondere Abtheilungen für Morphium-, Alkoholkranke u. s. w. besitzen. Auch bieten einige Arbeitercolonien, Versorgungshäuser, Asyle für Obdachlose u. s. w. Unterkunft für unbemittelte Trunksüchtige in eigens für sie errichteten Rettungshäusern.

Es wird sich empfehlen, die einzelnen zur Zeit in Deutschland bestehenden Trinkerheilanstalten ihren Berichten folgend einer kurzen Besprechung zu unterziehen, ehe wir uns ein zusammenfassendes Bild machen von dem für eine Trinkerheilstätte nöthigen Gesammtbetriebe. Wir besitzen:

### a) Anstalten nur für Aufnahme von Trinkern.

1. Die Trinkerheilanstalt Carlshof (Ostpreussen) wurde 1889 im Anschluss an die dortige Arbeitercolonie gegründet.

Aufnahmegesuche sind an den Landeshauptmann der Provinz Ostpreussen zu Königsberg zu richten. Die Entscheidung über die Aufnahme und die Aufnahmebedingungen treffen die in Königsberg wohnhaften Mitglieder des Executivcomités. Das zu zahlende Pflegegeld beträgt jährlich 300 Mk. Ob eine Ermässigung bezw. Erlass desselben eintreten kann, wird in jedem einzelnen Falle auf Grund der persönlichen Verhältnisse des Aufnahmesuchenden entschieden. Die Anstalt gewährt für das Pflegegeld Wohnung, Bett, Kost, Kleidung,

Reinigung der Bett- und Leibwäsche, ärztliche Behandlung, Arznei, Gelegenheit zur Beschäftigung (insbesondere ländliche und Gartenarbeit).

2. Die Trinkerheilstätte Klein-Drenzig bei Guben wurde im Jahre 1889 vom „Brandenburgischen Provinzialvereine gegen den Missbrauch geistiger Getränke“ errichtet. Der Pflegesatz beträgt jährlich 600 Mk.; Ermässigung kann unter Umständen gewährt werden.

Wird für einen Pflegling ein besonderes Zimmer verlangt, so sind hierfür ausser dem Pflegegelde noch 300 Mk. jährlich zu entrichten. Die Kost ist für alle Pfleglinge dieselbe. Die Mahlzeiten sind gemeinsame. Wird eine besondere Kost verlangt, so erhöht sich dementsprechend der Pflegesatz.

Aufnahmegesuche sind zu richten an Pastor Reiche (Berlin W., Derfflingerstrasse 22a). Epileptische und geistig Gestörte finden keine Aufnahme. Beim Eintritt in die Anstalt hat der Aufzunehmende ausreichende Kleidung und Wäsche selbst mitzubringen. Die Wäsche muss gezeichnet sein. Die Anstalt gewährt für das Pflegegeld Wohnung, Bett, Kost, Reinigung der Bett- und Leibwäsche mit Ausnahme der Plättwäsche, ärztliche Behandlung (sofern nicht eine Krankheit eintritt, die in dieser Beziehung ausserordentliche Ansprüche erfordert), Arznei, Gelegenheit zur Beschäftigung (insbesondere ländliche und Gartenarbeit). Verlangt der Pflegling weitere Leistungen seitens der Anstalt, so ist für ihn dem Hausvater ein entsprechender Vorschuss einzuhändigen, über welchen monatlich Rechnung gelegt wird. Das wesentlichste Heilmittel bilden neben der moralischen Einwirkung auf die Kranken, welche dem Hausvater obliegt, die Arbeit im Freien, im Garten und auf dem Felde, und, wenn diese die Jahreszeit nicht mehr zulässt, Arbeiten im Haushalt und in der Wirthschaft, an der Hobelbank und ähnliche geeignete Beschäftigungen.

3. Die Trinkerheilstätte für Männer zu Niederleipe, Kreis Jauer (Schlesien), erbaut durch den evangelischen Verein zur Errichtung schlesischer Trinkerasyle, hat Raum für etwa 20 Alkoholkranke. Sie wurde 1886 eröffnet, nachdem schon 1885 der Landesälteste von Sprenger das ihm gehörige Schloss dort zur Verfügung gestellt hatte. Vorsteher des sie unterhaltenden Vereins ist Pastor Goebel in Bienowitz bei Liegnitz. In Folge beständiger Gesuche um Aufnahme trunksüchtiger Frauen geht der Verein damit um, ein eigenes Haus für Trinkerinnen zu errichten. — Aber auch ein neues Männerhaus soll erbaut werden, da in Folge Platzmangels auch viele Aufnahmegesuche von Männern abgewiesen werden müssen.

Die jährliche Pension beträgt der Regel nach 250 Mark, kann jedoch auf Grund der persönlichen Verhältnisse des Aufnahmesuchenden ermässigt werden. Mindestens 400 Mark pro Jahr werden beansprucht, falls Rücksicht auf besondere Wünsche in Betreff eines eignen Zimmers etc. genommen werden soll. Ausgaben für Arzt und Arznei in ausserordentlichen Krankheitsfällen sind wohlhabendere Asylisten selbst zu tragen verpflichtet. Der Asylist soll einen Arbeitsanzug, einen Sonntagsanzug

und die erforderliche Leibwäsche in brauchbarem Zustande mitbringen. Dass die Leibwäsche deutlich gezeichnet sei, ist nöthig. So lange der Aufenthalt in der Anstalt dauert, ist der Asylist zur Befolgung der bestehenden Hausordnung verpflichtet. Bei wiederholten Zuwiderhandlungen ist die Anstalt zur Entlassung des Asylisten berechtigt. Im Interesse der Heilung ist es wünschenswerth, dass der Aufenthalt in der Anstalt mindestens ein Jahr dauere. Dringend wird empfohlen, die etwaigen Ermahnungen des Hausvaters zu längerem Aufenthalte nicht unbeachtet zu lassen. Nöthigenfalls wird der Vorstand sich thunlichst bemühen, denjenigen der Abgehenden, denen er ein gutes Zeugniss ertheilen kann, ihr Fortkommen durch Nachweis einer geeigneten Stelle etc. zu erleichtern. Der Austritt ist von Seiten des Asylisten ein durchaus freiwilliger und kann zu jeder Zeit geschehen. Wer aber innerhalb des Quartals ausscheidet oder seine Entlassung veranlasst, hat keinen Anspruch auf Zurückzahlung der vorausbezahlten Pension. Die Anstalt steht in Verbindung mit dem „Blauen Kreuze", an dessen Mitgliedern namentlich die Entlassenen feste Stütze finden.

4. Das Männerasyl (Trinkerheilanstalt) zu Lintorf (Rheinland) für 25 Kranke. Das im Jahre 1851 daselbst gegründete Haus trug anfänglich nicht den Charakter einer Trinkerheilanstalt. Es wollte allen solchen dienen, die zu Falle gekommen waren und der erbarmenden Aufrichtung bedurften. Unter der Zahl seiner Pfleglinge waren aber von Anfang an die Alkoholiker so stark vertreten, dass bald hinter der Specialarbeit an den Trinkern die anderen Aufgaben zurücktraten. Von dem 1879 aus dem Asyl hervorgewachsenen Curhause Siloah (s. No. 5), unterscheidet es sich nur dadurch, dass in Siloah eine feinere Lebenshaltung besteht, während im Männerasyl das Leben die Art eines einfachen Bürgerhaushalts trägt, bei dem sich aber auch Leute gebildeten Standes sehr wohl fühlen können. Während in Siloah die Jahrespension 1200 bis 1800 Mark beträgt, kostet der Aufenthalt im Männeralsyl nur 450 Mark und es tritt in besonderen Fällen sogar noch eine Ermässigung des Pflegesatzes ein, besonders wenn ein Patient auf Kosten eines Vereins oder einer Armenverwaltung zugeführt wird. Leiter der Anstalt ist zur Zeit Pastor Kruse, ärztlicher Besuch findet zweimal wöchentlich statt.

„Die Anstalt setzt bei den Aufzunehmenden Freiwilligkeit voraus. Sie eignet sich nicht für alte Leute, die für den Rest ihrer Tage Versorgung suchen, ebensowenig aber für ganz junge Leute, die noch besonderer Zucht bedürfen. Als passendstes Alter hat sich die Zeit vom 24. bis 45. Jahre herausgestellt. Die Eintretenden müssen im Allgemeinen körperlich gesund sein; Fallsucht und Geistesstörung schliesst von der Aufnahme aus. Bei der Aufnahme ist ein Abmeldeschein, von Ausländern ein Pass beizubringen. Auch darf der Eintretende nicht in eine gerichtliche Untersuchung oder einen Process verwickelt sein. Wie die Aufnahme eine freiwillige ist, so kann auch der Austritt jederzeit erfolgen, doch muss die Absicht des Austritts 14 Tage vorher angezeigt werden. Der Vorsteher des Asyls (in seiner Abwesenheit der Hausvater)

ist jedoch berechtigt, einen Pflegling wegen ungebührenden Betragens, wiederholter Uebertretung der Hausordnung oder wegen des untersagten Genusses von geistigen Getränken innerhalb oder ausserhalb der Anstalt sofort zu entlassen, ohne dass dem Ausgewiesenen ein Anspruch auf Rückzahlung vorausbezahlten Pflegegeldes zustände. Jeder Aufzunehmende hat mitzubringen: 1 einfachen Sonntags- und mindestens 1 Werktagsanzug, Ueberzieher, 2 Paar Stiefel, Hausschuhe, 6 Hemden, 6 Paar Strümpfe, 3 Unterhosen, 2 wollene Unterjacken, 6 Taschentücher. Die Wäsche muss gezeichnet sein. Wo das Nöthige fehlen sollte, da wird es gerne von der Anstalt gut und billig auf Kosten der Angehörigen angeschafft. Der Hausvater der Anstalt und die demselben etwa beigegebenen Diakonen sind von den Hausgenossen als die Stellvertreter des Vorstehers anzusehen. Die Eintretenden erklären, dass sie sich willig der ihnen bekannt gewordenen Hausordnung und den zur Aufrechterhaltung derselben erforderlichen Anordnungen fügen wollen. Im Sommer wird um 6 Uhr aufgestanden, im Winter um $6^1/_2$ Uhr. Vor dem Frühstück, das um 7 bezw. $7^1/_2$ Uhr stattfindet, müssen die Betten gemacht und die Stuben in Ordnung gebracht werden. Das Mittagessen findet um 12 Uhr, der Nachmittagskaffee um $3^1/_2$ resp. 4 Uhr, das Abendessen um 7 Uhr statt. Zwischen Frühstück und Mittagessen findet eine halbstündige Ruhe- und Erfrischungspause statt. Die Andacht, welcher alle Hausgenossen beiwohnen, wird nach dem Frühstück und Abendessen gehalten. Die Abendstunden nach dem Essen gehören den Pfleglingen zu gemüthlicher Unterhaltung, Correspondenz, Lecture und sonstiger nutzbringender Privatbeschäftigung. Die übrigen Tagesstunden gehören der Arbeit, welche hauptsächlich in ländlichen und häuslichen Beschäftigungen besteht, und es wird verlangt, dass jeder Hausgenosse die ihm zugewiesene Arbeit willig übernehme und fleissig und gewissenhaft ausführe. Der Hausvater muss von jedem Verlassen der Anstalt seitens des Pfleglings zu Spaziergängen, geschäftlichen Besorgungen u. s. w. in Kenntniss gesetzt werden. In den ersten 6 Wochen darf der Pflegling nicht ohne Begleitung des Hausvaters, eines Diakonen oder eines dazu bestimmten älteren Patienten ausgehen. Etwaige kleine Reisen dürfen nur in Begleitung des Hausvaters unternommen, Besuche nur mit Wissen des Hausvaters empfangen werden. Das Anstaltsgebiet darf im Sommer nach dem Abendbrod, im Winter nach Eintritt der Dunkelheit nicht mehr verlassen werden. Die Hausgenossen haben beim Eintritt etwa mitgebrachtes Geld dem Hausvater in Verwahr zu geben. Der Briefverkehr ist unbeschränkt, doch behält sich der Vorsteher in besonderen Fällen das Recht vor, die Briefe in Gegenwart des Adressaten öffnen zu lassen.“

5. Das Curhaus Siloah in Lintorf ist die Schwesteranstalt des Männerasyls daselbst und bestimmt für die Aufnahme von Trinkern aus gebildeten Ständen. Ihr Begründer war Pfarrer Eduard Hirsch. Siloah liegt inmitten seiner Gärten und Anlagen am Rande eines stundenweiten Waldes an der Bahnstrecke Düsseldorf—Speldorf der Rheinischen Bahn.

Zwei nahe wohnende Aerzte besuchen die Anstalt regelmässig. „Für die Herstellung der Gesundheit der Patienten ist die Uebernahme einer leichten, ihren Kräften entsprechende Arbeit, zu der die Gartenanlagen des Hauses reichlich Gelegenheit bieten, erforderlich. Auch wird es gern gesehen, wenn die Kranken ausserdem eine ihrer Bildung und ihrem Berufe entsprechende Beschäftigung suchen. Zur Fortsetzung von Berufsstudien ist der Aufenthalt in Siloah aufs beste geeignet. Im Winter wird mit Vorliebe Kerbschnitzerei getrieben. Wiederholt haben sprachliche und stenographische Curse u. s. w. den Kranken nützliche Beschäftigung geboten. Musik, mancherlei Lectüre, in verschiedenen Sprachen, Billard, Kegelbahn, Croquet etc. dienen neben häufigen Spaziergängen und Ausflügen dazu, den Aufenthalt in der Anstalt zu einem angenehmen zu machen. Die Verpflegung ist derart, wie es Herren aus gebildeten Ständen gewohnt sind. Das Essen findet für alle gemeinschaftlich im geräumigen Speisesaale statt; auf den Gesundheitszustand des Einzelnen wird möglichst Rücksicht genommen. Jeder Patient hat ein besonderes Zimmer. Zum gemeinsamen Gebrauch ist ferner Lese- und Billardzimmer vorhanden. Ein Badezimmer steht Allen nach Belieben zu Gebote.

Die Pension beträgt je nach der Grösse und Ausstattung der Zimmer 150, 125 und 100 Mark pro Monat. Die Verpflegung ist für alle Patienten dieselbe."

6. Trinkerheilanstalt Salem bei Rickling (in Holstein). — Salem ist ein Werk der inneren Mission. Die Anstalt, begründet 1887, kann zur Zeit etwa 40 Trinkern Aufnahme gewähren; Trinkerinnen werden nicht aufgenommen. „Sie wird verwaltet durch Delegirte des Landesvereins für innere Mission in Schleswig-Holstein. Dem Aufnahmeantrage ist ein ärztliches Attest beizufügen, dass noch keine Lähmung und Siechthum oder Geistesstörung schlimmerer Art vorliegt; ebenso eine Erklärung desjenigen, der die Unterbringung herbeiführt, dass er bereit ist, das Kostgeld pünktlich an den Anstaltsvorsteher zu senden. Das zu zahlende Kostgeld dient lediglich zur Selbsterhaltung der Anstalt und beträgt jährlich in Classe I 750 Mark, in Classe II 500 Mark, in Classe III 250 Mark. In besonderen Fällen kann aus einem kleinen Freistellenfond zum Kostgeld in Classe III eine Beihilfe gewährt werden. Der Unterschied der einzelnen Classen besteht darin, dass die Pensionäre der Classe I eigene Zimmer mit besserer Einrichtung haben. In Classe II theilen 2—4 ihr Schlafzimmer, halten es selbst in Ordnung und bedienen sich in allen Stücken selbst. Die Pfleglinge der Classe III haben einen gemeinsamen grösseren Schlafraum, stehen früher auf und sind zur Uebernahme aller in der Anstalt vorkommenden Arbeiten, Waschen etc. verpflichtet. Der Aufzunehmende hat einen Arbeits- und einen Sonntagsanzug mitzubringen. Die erforderliche Leibwäsche muss deutlich gezeichnet sein. Die Betten der Anstalt sind mit wollenen Decken versehen, doch kann auf Wunsch in Classe I ein Federbett geliefert werden. Der Aufenthalt in der Anstalt ist freiwillig und zwanglos. Seitens der Angehörigen kann der

Austritt jederzeit nach vorheriger vierwöchentlicher Kündigung erwirkt werden. Um aber der Anstalt, so lange wir in Deutschland noch keine gesetzliche Bestimmung über die Unterbringung von Trinkern haben, nach Möglichkeit eine Bürgschaft für die zur Heilung nothwendige Ausdauer zu geben, so ist das jährliche Kostgeld in fallenden Vierteljahrsraten ($^4/_{10}$; $^3/_{10}$; $^2/_{10}$; $^1/_{10}$) voraus zu zahlen.

„Jeden Morgen und Abend findet eine dem Bekenntniss der evang.-lutherischen Landeskirche entsprechende gemeinsame kurze Hausandacht statt. In den 4 Wintermonaten dauert die Mittagspause 1 Stunde, in den 4 Sommermonaten 2 Stunden, in den übrigen $1^1/_2$ Stunden. Frühstücks- und Vesperpausen bestimmt der Anstaltsvorsteher. Die übrigen Stunden der Wochentage gehören bis zum Feierabend um 7 Uhr der geordneten Arbeit an, welche unter Leitung des Anstaltsvorstehers in Garten- oder Landarbeit, während der Abendstunden der Wintermonate oder bei zu ungünstiger Witterung auch in häuslicher Beschäftigung besteht. Geldsendungen für Patienten dürfen nur an den Anstaltsvorsteher adressirt werden. Alle privatim mitgebrachten Geldmittel sind gewissenhaft an den Anstaltsvorsteher abzuliefern und werden von ihm unter Rechnungslage verwaltet. Etwaige Ausgänge dürfen nur mit Erlaubniss des Anstaltsvorstehers geschehen. An den Sonn- und Festtagen wird vormittags der Gottesdienst in der Kapelle der benachbarten Arbeiter-Colonie zu Rickling besucht, während an passenden Sonntag-Nachmittagen gemeinsame Ausflüge stattfinden. Zuwiderhandlungen gegen die Hausordnung können nicht geduldet werden, und muss bei offener Widersetzlichkeit selbstverständlich die Entlassung stattfinden."

Auch diese Anstalt steht behufs Fürsorge für die Entlassenen mit dem „Blauen Kreuz" in Verbindung.

7. Die Trinkerheilstätte S t e n z bei K ö n i g s b r ü c k i. S. ist für Unterbringung von 12 Trinkern vorgerichtet. Ehedem ein kleines Landgut, verfügt die Anstalt über Gärten, Wiesen und Ackerland, sowie einen Theil des nahegelegenen schönen Waldes. Der Pensionspreis beläuft sich auf 400 M. jährlich, doch kann derselbe namentlich für Pfleglinge, welche genügend Arbeit leisten, ermässigt werden. Anstaltsvorsteher ist Herr L. Kretzschmar, früher Lehrer und Vorsteher am Friedrich-August-Stift zu Waldkirchen; die ärztliche Ueberwachung liegt in den Händen eines der in dem nahen Königsbrück practizirenden Aerzte.

8. Das „christliche Männerasyl" (Trinkerheilanstalt) zu S o p h i e n h o f bei T e s s i n (Mecklenburg) auf dem Gute des Herr von Plüskow, ist durch den unvergesslichen Pastor Ninck-Hamburg begründet worden. Es besteht seit 1882 und wurde 1884 von Woltow nach Sophienhof überführt. Der Umstand, dass die Anstalt nur 12 Pfleglinge aufnimmt, erleichtert dem Hausvater deren Versorgung und Beschäftigung mit dem Einzelnen ausserordentlich. Es werden nur arbeitsfähige Männer zwischen dem 20. und 40. Jahre aufgenommen.

Die Anstalt ist sehr einfach eingerichtet ohne jeden Luxus, wie das ihrem Zwecke entspricht. Unterschiede in der Wohnung oder Be-

köstigung des Einzelnen werden nicht gemacht. Schlaf- und Esssaal sind gemeinsam. Die Hausordnung ist der anderer Trinker-Heilstätten gleich. Die Arbeit besteht in ländlichen Beschäftigungen. Dieselben werden auch von den aus höheren Kreisen stammenden Insassen geleistet.

9. Zu Walsrode in Hannover besteht seit Kurzem eine Pension für alkoholkranke Damen aus besseren Ständen, unter der Leitung von Dr. med. Schomerus. Die dort herrschende Hausordnung gleicht der unserer grösseren Trinkerheilstätten. Die Kranken finden dort „engsten Anschluss an eine auf festem christlichen Boden gegründete Familie, welche Verständniss, Liebe und Erbarmen für diese unglücklichen Menschen hegt.“

Der Pensionspreis beträgt monatlich pränumerando zahlbar 160 M., wofür besonderes Zimmer, volle Beköstigung, Feuerung, Licht, ärztliche Behandlung, Bedienung geliefert wird. Ausgeschlossen sind besondere Ersatzgetränke für Alkohol, z. B. Amplosia, Frada etc., wofür die Selbstkosten berechnet werden, sowie Leibwäsche. Im Hause verabreichte Vollbäder werden mit 50 Pfennig pro Bad berechnet.

Walsrode ist eine kleine Landstadt von etwa 2500 Einwohnern, Sitz eines evangelischen adligen Damenklosters. Das Städtchen liegt im freundlichen Böhmethal und hat eine Umgebung, reich an Wald und mannigfaltigen Naturschönheiten, so dass viel Gelegenheit zu Ausflügen und Spaziergängen geboten ist.

10. Eine Pension für Alkoholkranke ist neuerdings in Barghorst bei Ahrensbök (Lübeck) von dem Landmanne F. Sonnemann begründet worden. Aerztlicher Leiter ist Dr. Fock-Ahrensbök. Alle Pfleglinge treten in die dort bestehende Guttemplerloge (Enthaltsamkeitsverein) ein. Die Behandlung wird nach dem Princip der absoluten Abstinenz durchgeführt und es lässt sich in den meisten Fällen dauernde vollständige Heilung erzielen. Dabei einfaches naturgemässes Leben in der Familie, einfache, reizlose Kost; auf Wunsch Beschäftigung mit landwirthschaftlichen Arbeiten. Der Anstaltsleiter besucht mit seinen Kranken ab und zu Wirthshäuser, um sie gegen die Versuchungen des Alkohols fest zu machen.

Der Preis für vollständige Pension und ärztliche Behandlung zusammen beträgt 100—120 M. monatlich; ausserordentliche Bemühungen sowie ärztliche Behandlung in Krankheiten, die nicht durch den Alkohol verursacht sind, müssen besonders vergütet werden.

### b) Nervenheilstätten und verwandte Anstalten, welche sich vorzugsweise auch der Heilung Alkoholkranker widmen.

11. Heilanstalt für Nervenkranke von Dr. A. Schmitz zu Bonn a. Rh. Die Pensionskosten betragen monatlich 300 M.; in besonderen Fällen, bei weniger bemittelten Kranken höherer Stände, sowie bei gleichzeitiger Aufnahme einer Begleitperson kann der Preis ermässigt werden. Die Anstalt entspricht den Anforderungen der besser situirten

Stände und bietet neben comfortabler Einrichtung und eleganter Ausstattung Alles, was zur Genesung oder Besserung der Kranken dienlich erscheint. Während auf eine ausgezeichnete Küche besonders Rücksicht genommen ist, vereinigt der zur Anwendung kommende Heilapparat alle Erfordernisse und Ansprüche der heutigen Medicin, wie dieselben in Anstaltshygiene, Bade- und elektrischen Einrichtungen, Gelegenheit zur Bewegung im Freien, zu gemeinschaftlichen Spielen und geselligen Vergnügen mit Recht gesucht werden.

12. Buchheide, Sanatorium (Nervenheilanstalt) bei Finkenwalde (Kreis Stettin), besteht seit 1895. Die Anstalt hat zur Zeit Platz für 15 Pfleglinge, soll aber durch Errichtung eines neuen Hauses auf 30 Plätze gebracht werden. — Der leitende Arzt, Dr. Colla, ist ein Schüler Forel's und führt streng die Abstinenz durch. Die Mindestdauer der Cur ist 4 Monate. Sind die Alkoholiker einigermaassen gefestigt, so lässt Dr. Colla sie in Begleitung unbedingt sicherer Patienten auch ab und zu ohne Wärter ausgehen. Später macht er mit ihnen grössere Ausflüge und kleinere Reisen, und bringt sie in Gesellschaft, damit sie sehen, dass man auch da ohne Alkohol auskommt.

13. Die Privatanstalt für Gemüths- und Nervenkranke von Dr. Waldschmidt zu Charlottenburg-Westend ist auch für Heilung von Trinkern bestimmt. Sie liegt umgeben von grossen Gärten wenige Minuten vom Grunewald entfernt, in gesunder Gegend. Durch 6 untereinander getrennte Abtheilungen wird es ermöglicht, die einzelnen Kranken je nach Form und Charakter ihrer Erkrankung gesondert zu behandeln, wobei Elektrizität, Massage und besonders eine milde Wasserbehandlung in Anwendung kommen. Die Krankenzimmer sowie Gesellschaftsräume sind gross, gut ventilirt und comfortabel eingerichtet.

Der monatlich pränumerando zu zahlende Pensionspreis, eingerechnet ärztliche Behandlung, beträgt: I. Klasse 250 M., II. Klasse 150 M., III. Klasse 75 M.

14. Eine Anstalt für Entziehungscuren, Morphium, Cocaïn und Alkohol, ist das Sanatorium Elsterberg (Sächs. Voigtl.) Besitzer und ärztlicher Leiter desselben ist Dr. R. Römer. Das Städchen Elsterberg liegt in reizender Gegend des Elsterthales. „Die Beköstigung besteht in I. Frühstück (Kaffee, Thee, Cacao, Chocolade oder Milch und Gebäck), II. Frühstück (Bouillon, Thee oder Milch und belegtem Brod), Mittagessen (Suppe, 2 Fleischgängen, Compot und Nachtisch — Sonntags Mehlspeise —), Kaffee mit Gebäck, Abendbrod (kaltem Aufschnitt, Milch oder Thee — 2 Mal wöchentlich warmem Fleischgang). Der Pensionspreis beträgt 200—300 M. monatlich je nach Lage, Grösse und Einrichtung des Zimmers. Dafür werden gewährt: besonderes Zimmer, Beköstigung, ärztliche Behandlung, Wartung, Licht, sowie die zur Entziehungscur selbst sich nöthig erweisenden Medicamente. Alle Mahlzeiten werden, soweit nicht ärztlicherseits andere Bestimmungen getroffen werden, gemeinsam zu den festgesetzten Stunden eingenommen. Als Ersatzgetränke werden in der Anstalt Amplosia (ungegohrener

Traubensaft), Frada (ungegohrener Obstsaft), alkoholfreies Bier, Mineralwässer und verschiedene Arten von Limonade abgegeben. Ein Zwang zur Arbeit wird in der Anstalt nicht ausgeübt, doch liegt es auch hier im Interesse der Kranken selbst, die dargebotene Gelegenheit zu allerhand Gartenarbeiten, sowie zu mechanischen Arbeiten (Holzdreherei, Kerbschnitt, Brandmalerei und anderen Liebhaberkünsten) möglichst zu benützen. Durch genügende Lectüre im Lesezimmer (kleine Bibliothek und eine grössere Anzahl politischer und belletristischer Zeitschriften) ist für geistige Anregung entsprechend Sorge getragen. Auch werden die Kranken angehalten, sich möglichst mit ihrem Berufe entsprechenden geistigen Arbeiten zu beschäftigen. Der Befriedigung religiöser Bedürfnisse wird in weitgehendstem Maasse entgegengekommen."

15. Zu unseren best geleiteten Trinkerheilanstalten gehört die Nervenheilstätte zu Schloss Marbach a. Bodensee. Sie verfolgt unter Dr. Smith's fachmännischer Leitung vollkommene Alkoholentziehung nicht nur in der Behandlung der Alkoholkranken, sondern auch hinsichtlich der Heilung von Nervenkranken, Morphiumsüchtigen u. a. m. Die Anstalt verfügt über die verschiedensten den neuen Erfahrungen und Kenntnissen entsprechenden Einrichtungen und Heilmittel, wie elektrische Apparate und Bäder jeder Art, Vorrichtungen für Heil-Gymnastik, Massage u. s. w. Selbstverständlich ist für beste Verpflegung gesorgt. — Pension pro Tag 6 M., Zimmerpreise pro Tag 2—10 M., Salon nebst Schlafzimmer 12—15 M.

„Die innere Einrichtung des Hauses ist eine durchweg elegante, zum Theil luxuriöse, die es besonders Patienten der höheren Stände möglich macht, eine ihrer Erkrankung entsprechende Specialanstalt aufzusuchen, ohne auf zu viel gewohnten Comfort verzichten zu müssen.

Wo es möglich ist, wird zu geistiger Beschäftigung Anregung gegeben; die Ausübung einer Reihe von Liebhaberkünsten (Holzschnitzerei, Einlegearbeiten, Brandmalerei u. s. f.) hilft über eine Reihe von müssigen Stunden nützlich hinweg.

Zur Unterhaltung der Patienten dienen ferner: Ruder- und Segelsport, Fischerei, Feld-, Wald- und Wasserjagd, Waldspaziergänge. Lawn-Tennis- und Croquetplätze stehen im Freien, prachtvolle Kegelbahn und Schiessstand unter Dach und heizbar den Kranken zur Verfügung. Billard-, Musik- und Gesellschaftszimmer machen bei schlechtem Wetter den Aufenthalt im Hause behaglich.

Im übrigen werden häufig grössere Partien in die nahe gelegenen Schweizer Gebiete (Zürichersee, Vierwaldstättersee mit Rigi und Pilatus, Ragaz mit Taminaschlucht), sowie bei genügender Betheiligung an die oberitalienischen Seen von der Anstalt aus arrangirt und in Begleitung eines der Aerzte ausgeführt. Dieselben sichern einmal jedem Theilnehmer bei verhältnissmässig geringem Kostenaufwand eine dauernde Erinnerung an die schöne nähere und fernere Umgebung, dann aber, was die Hauptsache ist, wirken sie in hohem Grade erzieherisch, insofern

sie zum Bewusstsein bringen, dass es ganz gut möglich ist, auch auf der Reise, in Hotels etc. abstinent zu leben.

Die Honorirung der ärztlichen Leistung richtet sich nach Inanspruchnahme und den Verhältnissen des Kranken. Als Minimalsatz kommt ausser dem Honorar für die ersten eingehenden Untersuchungen ein Betrag von 10 Mark wöchentlich in Verrechnung. Die Feststellung und Regulirung der ärztlichen Honorarforderung geschieht erst beim Verlassen der Anstalt, während der Pensionspreis für gewöhnlich monatlich pränumerando geregelt wird. Es ist dadurch möglich, bei Kranken, die ihrer gesellschaftlichen Stellung entsprechend hierher passen, deren Mittel aber beschränkter sind, nachträglich eine pecuniäre Erleichterung eintreten zu lassen".

16. Das in seiner Umgebung durch die landwirthschaftlichen Reize des Odenwaldes und Neckarthales ausgezeichnete bei Eberbach gelegene Haus Rockenau unter Dr. Fürer's Leitung nimmt Morphium- und Alkoholkranke auf; von letzteren sind nur die an alkoholischer Geistesstörung Leidenden von der Aufnahme ausgeschlossen.

Die Preise sind je nach der Wahl der Zimmer verschieden und schwanken zwischen 8 und 15 Mark pro Tag. Die Verschiedenheiten der Zimmer bestehen in der Lage, Grösse und Einrichtung. In obige Preise sind inbegriffen die vollständige Verpflegung, bestehend aus Frühstück (Kaffee, Thee, Cacao oder Milch, Gebäck, Butter und Honig, kaltes Fleisch oder Eier), Mittagessen (Suppe, 2 Gänge, Nachtisch), Nachmittagskaffee, Abendessen (warm oder kalt), ferner ärztliche Behandlung incl. Bäder, Arzneien und aller sonstigen für den betreffenden Kranken nothwendigen ärztlichen Maassnahmen, so weit sie mit der Krankheit in Zusammenhang stehen, welche den Kranken in die Anstalt führt. Die zur Behandlung anderer, den Kranken etwa während seines Aufenthaltes in der Anstalt befallenden Erkrankungen nothwendigen Medicamente u. s. w. werden nach den für ärztliche Behandlung üblichen Preisen berechnet. Entgegen den sonstigen Bestimmungen darf der Kranke in der ersten Woche ohne die Woche ganz bezahlen zu müssen, die Anstalt wieder verlassen. Diese Anordnung hat den Zweck, dass der Kranke sich ein Urtheil bilden kann, ob er sich zu dem für seine Cur nöthigen längeren Aufenthalt entschliessen will oder nicht. Andrerseits auch ist es in dieser Zeit dem Arzte möglich, zu entscheiden, ob der Kranke sich für die Anstalt eignet, und ungefähr anzugeben, wie lange die Behandlung voraussichtlich wird dauern müssen.

### c) Arbeitercolonien, Rettungshäuser, Hilfsstationen und Heimstätten, welche Trinkerabtheilungen haben und Trinkerheilung betreiben.

17. Das Versorgungshaus zu Bonn unter der bewährten Leitung von Fr. Bertha Lungstras hat am 15. Mai 1889 eine besondere Heimstätte für Obdachlose und Trinkerinnen begründet.

Die Heimstätte hat drei Classen. Die erste Classe zahlt 5 Mark,

die zweite 2 Mark und die dritte 75 Pfennig täglich, monatlich im Voraus. Alle müssen je nach Kräften für die Anstalt arbeiten. Viele nimmt sie ohne Zahlung auf, diese aber nur dritter Classe.

Christliche Hausordnung und völlige Enthaltsamkeit von jeder Art geistiger Getränke führen neben der geregelten, für die einzelnen Classen verschiedenen Arbeit die besten Heilerfolge herbei. Das Haus hat Platz für 24 Pfleglinge; jeder Kranke erhält sein eigenes Zimmer.

18. Das „Trinkerasyl Friedrichshütte bei Friedrichsdorf i. W.", ein Bestandtheil der Arbeitercolonie Wilhelmsdorf, ist seit 1888 in Betrieb. Die Umkehr und Festigung des Trinkers durch Gottes Wort wird hier besonders angestrebt und neben der regelmässigen Arbeit Beobachtung der christlichen Hausordnung, sowie Besuch der kirchlichen Andachten genau innegehalten, wie in den verwandten auf christlichem Grunde stehenden Heilstätten.

„Friedrichshütte bietet Raum für ca. 35 Pfleglinge. Es werden Trinker aus allen Ständen aufgenommen. In dem neuen Haupthause sind einige Räume für solche Pensionäre bereitgestellt, welche gegen Zahlung eines erhöhten Pflegegeldes allein oder mit einem anderen Pflegling zusammen ein Zimmer bewohnen wollen. Die Mahlzeiten sind gemeinschaftlich, ebenso theilen die Pfleglinge die Wohn- und Schlafräume, wobei nach Möglichkeit Rücksicht darauf genommen wird, dass die Leute aus den gebildeten Kreisen zusammenschlafen und ein besonderes gemeinschaftliches Wohnzimmer haben. In Bezug auf Kost und Verpflegung können den Einzelnen keine besonderen Vergünstigungen eingeräumt werden. Der tägliche Pflegesatz beträgt 1,50 Mark, für Personen aus der Provinz Westfalen 1 Mark, jedoch können unter besonderen Umständen auch Ermässigungen gewährt werden. Die Aufzunehmenden haben die nöthige Kleidung und Leibwäsche mitzubringen. Geeignete Arbeitskleider werden zum Selbstkostenpreise von der Anstalt Bethel geliefert. In dem Verpflegungssatze sind die Kosten für besondere Ausgaben an Kleidung, Reparatur, Schuhzeug, Tabak u. dgl. nicht enthalten. Unter Umständen wird — zugleich ein Sporn zum Arbeitseifer und Wohlverhalten — auf diesbezügliche Berichte des Hausvaters den Pfleglingen ein Taschengeld bis zu 60 Mark jährlich geschenksweise verabfolgt, aus denen die aussergewöhnlichen Bedürfnisse (oder doch ein Theil derselben) bestritten werden können. Für solche Trinker, die eine den höheren Gesellschaftskreisen angepasste Verpflegung wünschen, besteht ausserdem das ebenfalls in der Senne gelegene Pensionat „Eichhof" (Pflegesatz jährlich 3000—1200 Mark abwärts, je nach den Ansprüchen)". Diese Zweiganstalt ist ein etwa eine halbe Stunde entferntes, inmitten herrlicher Eichen gelegenes, ehemaliges Bauernhaus mit prächtigen Räumen. Auch hier ist die, je nach den Kräften des Einzelnen berechnete Arbeit obligatorisch. Man will in der Nähe von Friedrichshütte ein weiteres Haus bauen behufs Unterbringung der zahlreichen rückfälligen Trinker, welche schon die verschiedensten Arbeitercolonien

besucht, aber nach Verlassen derselben sich immer wieder dem Trunke ergeben haben.

19. Die Heimathcolonie Friedrich-Wilhelmsdorf in Düring (Kreis Geestemünde), begründet 1886 von Pastor Cronemeyer, um die Noth der Arbeitslosen zu mildern und manchen der im Elende der Landstrasse Gefährdeten und Versinkenden durch Gewährung regelmässiger ernster Arbeit zu stärken, nimmt unter den sie Aufsuchenden naturgemäss vor allem dem Schnapse ergebene Leute auf. Die dort verbrachte Zeit, das Leben ohne jeden Alkoholgenuss in geordneten Verhältnissen und der Segen geregelter Arbeit haben zahlreiche Trunksüchtige vor Untergang bewahrt und dauernd geheilt. Die Aufnahme der arbeitslosen Männer erfolgt ohne Rücksicht auf Stand oder Confession. Der Colonist kann durch Erfüllung gewisser Verpflichtungen (vor allem nach genügender Arbeitsleistung) nach mehreren Jahren ein eigenes Häuschen erwerben, womit er in die erste Classe einrückt. Je nach dem Aufrücken in die 2. und 1. Classe bessern sich die Verhältnisse. Das Aufrücken ist nur dem möglich, der enthaltsam bleibt. — Die aufgenommenen Gewohnheitstrinker zahlen 375 Mark Jahrespension, leben zunächst getrennt von den eigtlichen Heimathcolonisten, können aber nach Ablauf eines Jahres und guter Führung unter diese versetzt werden.

20. Das Asyl „Frauenheim vor Hildesheim“ (Himmelsthür) ist insofern eine Heilstätte für Trinkerinnen, als es obdach-, heimath- oder arbeitslose erwachsene Frauenspersonen aufnimmt und sich naturgemäss grade aus diesen Kreisen die meisten Trinkerinnen recrutiren. — Es herrscht dort christliche Hausordnung und regelmässige Arbeit und nur Frauen, die arbeitsfähig sind, finden Unterkunft. Die Leitung der Anstalt liegt in den Händen des Vorstehers, Pastor Isermeyer-Hildesheim, und den Hauseltern, die von einer Oberin mit Gehülfinnen unterstützt werden. In dem Verwaltungsausschusse sitzen mehrere Aerzte.

Es werden weibliche Handarbeiten vor allem verrichtet. Die Schwestern und die älteren tüchtigen Pfleglinge ertheilen Unterricht im Waschen, Nähen, Plätten u. s. w. Anstalten und Familien von auswärts ertheilen reichliche diesbezügliche Aufträge, und so verdient sich die Anstalt theilweise selbst ihren Unterhalt.

Die Erfolge an den ehemaligen Trinkerinnen, sowie deren musterhafte Führung, sobald sie gelernt haben, ohne Alkohol zu leben und zu arbeiten, werden in den verschiedenen Berichten vom „Frauenheim“ besonders hervorgehoben.

„Der eigenartige Charakter des Frauenheims, die herrliche Lage des Asyls, eines angekauften herrschaftlichen Sitzes, in einem grossen, gutgehaltenen Garten, der Familiensinn, der hier sehr gepflegt wird, die ganze Erziehung, die von christlichen Persönlichkeiten ausgeübt wird, die regelmässige Beschäftigung in allen häuslichen Arbeiten, welche die Asylistinnen hier erlernen, gegenüber den mechanischen Arbeiten des Gefängnisses, die täglichen Andachten, die wöchentliche Bibelstunde,

der sonntägliche Gottesdienst, das freie Zusammenleben in einem von christlichem Geist durchwehten Gemeinschaftswesen, — alles wirkt heilsam und erziehlich auf die durch die Noth in dem Kampf ums Dasein oft gedrückten Gemüther und auf die durch die Sünde verödeten Seelen, welche in ihrer Kinderzeit so jämmerlich erzogen sind und von der Liebe der Eltern selten etwas verspürt haben".

Die Anstalt Himmelsthür wirkt insofern auch besonders segensreich, als sie die gefährdeten Töchter trinkender Eltern aufnimmt. Man errichtet jetzt ein besonderes Haus zur Aufnahme von Trinkerinnen aus vornehmen Ständen ganz nahe der Anstalt.

Man geht ferner mit der Absicht um, Trinkerheilstätten zu errichten in Arendsee a. d. Ostsee, in Mühlhausen i. Th., in der Provinz Hannover, — hier soll ein Heim für bemittelte Trinker entstehen im Anschluss an das Stephansstift in Hannover und eins für Unbemittelte in der Arbeitercolonie Kästorf bei Gifhorn. — Ueberhaupt nehmen verschiedene Arbeitercolonien Deutschlands Trinker auf, sofern sie nur noch arbeitsfähig sind oder wenigstens nach Verlauf weniger Wochen sich erholt haben, um genügend Arbeit zu leisten.

Von katholischer Seite geht man neuerdings damit um, katholische Trinkerheilstätten zu errichten. Weibliche Trinker finden bereits in katholischen Schwesterhäusern Unterkunft.

Bevor wir dem eigentlichen Betriebe einer Trinkerheilstätte nähertreten, welcher ja dem Heilungszwecke angepasst sein muss, fragen wir uns, welch specieller Behandlung denn der Trunksüchtige bedarf. Dieselbe ist im Allgemeinen nicht schwierig, wohl aber ist sie um so erfolgreicher, je mehr sie auf den Zustand und die Verhältnisse des einzelnen Individuums zugeschnitten ist.

Vor allem und in allen Fällen bleibt die Vorbedingung für jeden Heilerfolg die vollkommene, ausnahmslose Entziehung alkoholischer Getränke. „Die Durchführung dieser Maassregel, schreibt schon der ältere Nasse, erfordert gewöhnlich eine Isolirung des Trinkers für die ersten Tage oder Wochen, je nach dem Grade des Ergriffenseins der körperlichen Gesundheit, und hier ist es, wo die ärztliche Hilfe in der Ueberwachung der bisweilen eintretenden Zufälle, der Aufsuchung und Behandlung der etwaigen körperlichen Ursachen und Krankheitsprocesse, in der Regelung der Diät u. s. w. wesentlich einzutreten hat. Ist diese Periode glücklich überwunden, so gilt es einmal, die Stärkung der darniederliegenden körperlichen Gesundheit durch die geeigneten Mittel, andererseits die allmähliche Stärkung der geschwächten Willenskraft durch sittliche und religiöse Einwirkung. Eine strenge Hausordnung und Anhalten zur Arbeit sollen Hand in Hand gehen mit der freundlich ernsten Behandlung, die es vor allem an liebevoller Aufmunterung und geistiger Anregung nach den verschiedensten Seiten hin nicht fehlen lassen darf. Nur der consequent fortgesetzten Einwirkung sind Erfolge zu verdanken, und es wird besonders betont, dass es für solche ausser-

dem der eigenen Mithülfe und des aufrichtigen Vorsatzes der Besserung von Seiten der Trunkfälligen bedürfe". Und bei einem der ersten englischen Autoren, Normann Kerr, lesen wir: „Mit rücksichtsloser Strenge muss der Trinker vor jedem Tropfen Alkohol bewahrt werden, denn jeder neue Tropfen Gift erschwert die Heilung und zerstört die noch gesunden Organe".

Die alte Lehre von dem nothwendigen Eintritt eines Entziehungsdeliriums kann nicht mehr zu Recht bestehen, nachdem Kraepelin, Forel u. a. und andererseits die Erfahrung unserer Trinkerheilanstalten bewiesen haben, dass man fast ausnahmslos ohne Gefahr mit sofortiger Alkoholentziehung vorgehen kann.

Aber nicht nur der Pflegling, sondern auch das Personal der Anstalt muss unbedingt enthaltsam leben. Die Einwirkung des letzteren durch das Beispiel der Abstinenz auf den Kranken ist von wesentlicher Bedeutung. Forel schreibt dazu:

„Dass sich auch die Angestellten verpflichten müssen, abstinent zu bleiben, erscheint durch zwei Momente begründet: erstens durch die Uniformität der Einrichtungen, welche bei dem Umstande, dass Pfleglinge und Angestellte gemeinsamen Tisch führen, eine Ausnahme von dem Abstinenzgebote zu Gunsten letzterer nicht möglich machen, sodann aber, was weit wichtiger ist, durch den damit beabsichtigten Zweck, die Angestellten der Trinkerheilanstalt, vom Hausvater bis zum Knecht herab, den Pfleglingen, welche einer festen Führung bedürfen, als nachahmungswürdige Vorbilder hinzustellen. Der Trinker fügt sich besser und ist viel leichter zu behandeln, wenn er sieht, dass es im ganzen Hause kein alkoholisches Getränk giebt und dass der Alkohol auch für Normalmenschen vollkommen entbehrlich ist".

So wird auch nur der Arzt eine erfolgreiche Behandlung durchführen können, der mit dem Beispiele der Abstinenz selber vorangeht. Und „nur die felsenfeste Ueberzeugung von der Ehrlichkeit des behandelnden Arztes und dessen Verständniss für die Sachlage kann dem Alkoholkranken Vertrauen einflössen" (Smith).

Nur der Arzt und am ehesten der psychiatrisch geschulte Arzt wird im Stande sein, einen Trunksüchtigen recht zu beurtheilen und sachgemäss zu behandeln. Dem Arzte gebührt darum auch die Leitung einer Trinkerheilstätte. Viele der bestehenden Anstalten werden bereits von Psychiatern geleitet; die meisten haben wenigstens einen Hausarzt oder Aerzte im Directorium sitzen. Doch ist letzteres ungenügend. Vielmehr muss der Arzt direct mit den Pfleglingen in beständiger Verbindung sein. Nur wer das Wesen der Trunksucht nicht versteht, kann noch im Zweifel darüber sein, dass der Laie vollkommen ausser Stande ist, die schwierigen Fragen, welche sich in Erkennung und Behandlung Trunksüchtiger ergeben, zu beantworten. Und mit Recht sieht man die Schuld an den Misserfolgen englischer und amerikanischer Heilstätten in dem Umstande, dass ihre Leitung in Hände von Laien gelegt ist. Mit Inkrafttreten unseres Neuen Bürgerlichen Gesetzbuches im Jahre 1900

wird ein Trunksüchtiger entmündigt und den zu seiner Versorgung Verpflichteten die Befugniss ertheilt werden können, ihn — nöthigenfalls zwangsweise — in eine Trinkerheilanstalt zu verbringen. Es wird sich dann für die Anstalten, in denen Trunksüchtige zwangsweise untergebracht und zwecks Heilung zurückgehalten werden, eine Oberaufsicht des für ihren Freiheitsverlust verantwortlichen Staates nöthig machen, ähnlich wie solche bereits für Irrenanstalten besteht.

Mit dem Vertrauen zum Arzte wird dem Trunksüchtigen allmählich auch Selbstvertrauen wiederkehren. Dies zu wecken und zu festigen, wird zu den ersten Aufgaben des Arztes gehören, und er wird seine ganze Persönlichkeit einsetzen müssen, die geschwundene Energie in seinem Pfleglinge wieder rege zu machen, ihn zu neuer Thatkraft anzuspornen und mit der Zeit den Wunsch in ihm zu festigen zur Umkehr aus dem alten Leben und Rückkehr in eine geordnete Lebensstellung. Damit wird der eigene freie Wille in dem Kranken wieder erwachen; er beginnt wieder über sich selbst zu verfügen, das Vertrauen in die eigene Kraft und der Glaube an eine Heilung regt sich, und damit setzt die Mithilfe des Trunksüchtigen selbst ein, ohne welche eine Aussicht auf Heilung nicht besteht.

Ein geeignetes Anstaltspersonal wird dem Arzte bei seiner Arbeit zur Hand gehen müssen, und der Anstaltsgeistliche dürfte in der Einwirkung auf das Gemüth des Trunksüchtigen besonders segensreich wirken können.

Die Mehrzahl der Trinkerheilstätten hat dafür gesorgt, dass auch geistlicher Zuspruch den Kranken jederzeit gewährt und auch sonst Verkehr mit einem Geistlichen ermöglicht werden kann. Vielerorts sind Morgen- und Abendandachten eingeführt, welche der Hausvater hält. Gezwungen wird keiner zur Theilnahme, und doch sind gerade unter den Insassen, welche erst viele Jahre hindurch ohne Religion verbrachten, nur sehr wenige, welche sich weigerten, am gemeinsamen Gebete theilzunehmen und auf die das Anhören des schlichten Bibelwortes oder der Klang eines Gesangbuchliedes, der alte Erinnerungen wieder auffrischt, nicht Eindruck machte und zumeist dauernden Segen stiftete. Der Londoner Irrenarzt Dr. Kerr, eine unserer ersten Autoritäten auf dem Gebiete der Trinkerheilung, sagt: „Ich kenne in dem ganzen Arzneischatze kein Stärkungsmittel, das mit dem festen Glauben an den Heiland auch nur entfernt verglichen werden könnte, um bei dem ängstlichen, zweifelnden, willenlosen Trinker die Angst zu lindern, die Zweifel zu heben und die Entschlüsse zu kräftigen. Ich kann es nicht nachdrücklich genug betonen, wie gross die Kraft des religiösen Glaubens ist, um dem erschlafften Trinker zu helfen, dass er sich wieder aufrichte und den Vorwürfen wie den Versuchungen der Welt trotze“. — Wer möchte bezweifeln, dass die Seelsorge da, wo sie in passender Form von geeigneter Persönlichkeit ausgeübt wird, von wesentlichem Einfluss auf die Heilung des Trinkers sein kann? Doch sei davor gewarnt, eine Heilstätte für unglückliche Trunksüchtige zum Felde für dogmatische Bestrebungen zu

machen. — Das rechte Maass halten, ist gerade hier von bestem Erfolge begleitet. Und es ist selbst ein Geistlicher, der um die Trunksuchtsfrage hochverdiente Oberpfarrer Martius, der mit Recht dringend vor dem Uebermaasse religiöser Beeinflussung warnt.

Nicht allzu schwer wird die Kostfrage in der Trinkerheilstätte zu lösen sein. Im Allgemeinen ist eine einfache reizlose Nahrung zu reichen. Daneben bedarf die Mehrzahl der Pfleglinge namentlich während der ersten Zeit des Aufenthalts der reichlichen Zufuhr von Getränken. Man wechsle mit diesen möglichst ab, reiche vor allem aber gutes Trinkwasser. Die neuerdings in den Handel gekommenen, zum Theil recht schmackhaften alcoholfreien Biere, Weine u. s. w. sind für Trinkerheilanstalten wohl zu empfehlen, zur Zeit aber verbietet noch ihr hoher Preis eine Verwendung auch für unbemittelte Trunksüchtige. Die Pfleglinge werden oft wiederum zumeist im Beginne der Cur noch an verschiedensten durch den Trunk erzeugten Störungen körperlicher Organe, insbesondere des Verdauungstractus leiden. Bis zu deren Beseitigung, welche nach der Alkoholentziehung nicht lange auf sich warten lässt, wird der Arzt die für sie passende besondere Diät anordnen.

Abstinenz und geeignete Ernährung lassen in kurzer Zeit die Kranken wieder Kräfte gewinnen zur Arbeit. Die Arbeit gehört zu den vornehmsten Heilmitteln gerade für den Alkoholiker. Die Heilstätten für Bemittelte vermögen derselben ebenso wenig zu entrathen, wie die für Unbemittelte. Nur ist es oft eine schwere Aufgabe, die für Trinker aus gebildeten Kreisen nöthige Beschäftigung zu schaffen. Martius schreibt hierzu:

Die Pfleglinge aus dem Handwerker- und Arbeiterstande werden mit Feld-, Garten- und Hausarbeiten beschäftigt. Aber die Glieder höherer Stände, die dazu weniger Geschick und Körperkraft und theilweise auch sehr wenig Neigung haben, und aus den verschiedensten Berufskreisen stammen, können schwerlich immer mit einer gemeinsamen und für alle passenden Arbeit versehen werden. Und doch ist dieses wieder sehr wünschenswerth, damit der Aufenthalt im Asyl nicht zu einem bequemen oder gar faulen Badeleben herabsinke, sondern täglich und stündlich die Willenskräfte stähle."

Neben dem erzieherischen und dem Heilwerthe der Arbeit kommt als dritter noch der öconomische in Betracht. Nicht nur, dass die Anstalten durch die Arbeitsleistungen ihrer Mitglieder einen Theil der Erhaltungskosten decken, sondern auch die Pfleglinge selbst können sich Tagegeld verdienen, welches entweder ihren Familien zugesandt oder für die Zeit nach der Entlassung dem Kranken aufgespart wird. Viele unserer Trinkerheilstätten erzielen gerade mit solchen Maasnahmen ausgezeichnete Erfolge. — Während die aus niederen Kreisen stammenden Alkoholiker am besten land- und forstwirthschaftliche Arbeiten verrichten, wird die Mehrzahl der Pfleglinge aus gebildeten Ständen mehr geistiger Beschäftigung obliegen, vielleicht auch leichtere Gartenarbeit oder sonst weniger Arbeitskräfte erfordernde Aufgaben leisten können. Wir kommen

bei Eintheilung der Räume einer Trinkerheilanstalt darauf zurück. Je nach der für die Pfleglinge nothwendigen Beschäftigung haben sich auch vorzugsweise Lage und Anlage von Trinkerheilanstalten zu richten.

Für Errichtung einer Heilanstalt zur Aufnahme Trunksüchtiger aus niederen Volkskreisen gilt es, Rücksicht zu nehmen auf Beschaffung ausgedehnter Ländereien. Womöglich erwerbe man noch nicht bebaute Landstriche, deren Urbarmachung Jahre und Jahrzehnte langer Arbeit bedarf, wie wir solche in der Lüneburger Haide, in der Senne und verschiedenen Theilen Schlesiens und der Ostmark noch besitzen. Damit betreten wir einen Weg, der wiederholt von massgebender Seite vorgeschlagen worden ist und zweifelsohne der Befürwortung bedarf, die Anlage von Trinkerheilstätten im Anschluss an Arbeitscolonien, wie beispielsweise Friedrichshütte in Verbindung mit der Arbeitercolonie Wilhelmsdorf, Friedrich-Wilhelmsdorf (Kreis Geestemünde) sie darstellen. Nicht nur, dass die Arbeitercolonien mit ihrem Gesammtbetriebe die günstigsten Vorbedingungen bieten für das Heilverfahren an Trinkern, aus denen sich die Ueberzahl der sie Aufsuchenden zusammensetzt, sondern auch die Verbilligung der Anlage einer Trinkerheilanstalt in Anlehnung an jene spricht wesentlich für letztere.

Wo unbebaute Ländereien nicht käuflich zu erwerben sind, müssen gepflegte Landstücke angekauft werden, Bauernhöfe, Güter oder sonst Landsitze mit dem zugehörigen Grund und Boden, zumal da die hier vorhandenen Gebäude aufs Beste zum Aufenthalte der Pfleglinge verwandt und nöthigenfalls umgebaut oder passend ergänzt werden können.

Eine Trinkerheilanstalt braucht durchaus kein stattlicher Neubau zu sein. Vielmehr errichte man da, wo Baulichkeiten vorbezeichneter Art nicht vorhanden sind, Gebäude in einfachem ländlichen Stile. Auch empfiehlt es sich nicht, eine Trinkerheilstätte in zu grossen Dimensionen zu erbauen. Mehr als hundert Pfleglinge sollen keinesfall in einer Anstalt Platz finden und dementsprechend werden wir nur Häuser von mittlerer Grösse bedürfen.

Je kleiner die Zahl der Pfleglinge, desto besser wird die Behandlung des einzelnen Individuums erfolgen. Je enger der Kreis der Pfleglinge, je näher der Verkehr zwischen Arzt und Personal einerseits, und den Kranken andererseits, desto günstiger für letztere!

Dass die zu benutzenden Gebäude den allgemeinen hygieinischen Anforderungen entsprechen, welche zur Zeit hinsichtlich ihrer Lage, ihrer Versorgung mit Luft, Licht, Trinkwasser u. s. w. gestellt werden, erscheint selbstverständlich. Man beschaffe womöglich zwei Hauptwohngebäude. In dem einen bringe man die Wohnungen des Personals, die Zimmer und Schlafzimmer der Pfleglinge beziehentlich kleinere Schlafsäle unter, dazu Wasch- und Baderaum; in dem anderen Küche mit den nöthigen Vorrathsräumen und weiterem Zubehör und Esssaal auf der einen Seite, Bücherei, Lese- und Arbeitsräume auf der anderen Seite. Die Art und Ausdehnung der letzteren wird sich wesentlich darnach

richten, ob die Heilstätte für Bemittelte oder Unbemittelte bestimmt ist. Während man für letztere im Allgemeinen Werkstätte und Räume zur Ausübung grober Handarbeit bedarf, in welchen sie namentlich in der Winterszeit genügend beschäftigt werden können, müssen für Trunksüchtige aus gebildeten Kreisen mehr Einzelzimmer vorhanden sein, in welchen sie, soweit das überhaupt rücksichtlich der verschiedensten Berufsarten, denen sie entstammen, zu ermöglichen sein wird, ihren Studien und mannigfachen Beschäftigungen obliegen können.

Die Anstalten für Wohlhabende, welche ihren Körper nicht so auszuarbeiten pflegen, wie die arbeitenden Classen, benöthigen noch einen Raum für gymnastische Uebungen und medicomechanische Behandlung. Schliesslich wird man für sie auch besonderer Unterhaltungsmittel nicht gut entbehren können, wie Kegel-, Billard-, Croquetspiel, Musikzimmer und verwandter Einrichtungen.

Die Zahl der zu errichtenden Neben- und Wirthschaftsgebäude hat dem Gesammtbetriebe der Heilstätte zu entsprechen und richtet sich vor allem danach, ob landwirthschaftliche Arbeit in grösserem Maasse zu leisten ist. Die Wohnung des Arztes möge in einem besonderen Hause sich befinden. Die Hauptgebäude der Heilstätte sollen nicht höher als zwei Stock erbaut werden.

Da, wie noch erörtert werden soll, die Trinkerheilstätte eine offene Anstalt sein muss, würde man im Interesse der Pfleglinge sie am besten in eine möglichst „alkoholfreie“ Gegend verlegen. Eine solche wird aber — namentlich bei uns in Deutschland — nur schwer noch aufzufinden und deshalb werden Maassnahmen zu treffen sein, welche das Bestreben der Heilstätte fördern, die Pfleglinge dem Trunke zu entfremden und Verführungen zu beseitigen, welchen sie zweifellos verfallen, solange sie noch nicht fest in der Enthaltsamkeit geworden sind.

Dem Vorgehen amerikanischer Gesetzgeber folgend, ist es Aufgabe unserer zuständigen Behörden, vor allem die Einbringung alkoholischer Getränke in eine Trinkerheilstätte mit strengen Strafen zu belegen. Der Entwurf eines Trunksuchtgesetzes in Oesterreich bedroht die Person mit Arrest von 3 Monaten (den dem Anstaltspersonal Zugehörigen sogar mit strengem Arrest bis zu 6 Monaten), welche den Pfleglingen ohne ärztliche Anordnung alkoholische Getränke verabfolgt oder Pfleglinge während ihrer Anhaltung im öffentlichen Trinkerasyle bei Erlangung solcher Getränke unterstützt und ihnen dazu behilflich ist.

Seitens der badischen Regierung ist allen in der Umgebung der Trinkerheilstätte Schloss Marbach schänkenden Wirthen verboten, den Insassen der Anstalt alkoholische Getränke zu verabreichen. Uebertretung des Verbotes wird als Völlereiförderung angesehen und mit Conzessionsentziehung bedroht. — Die Durchführbarkeit solcher Maassregel dürfte nicht ohne Weiteres möglich sein, da die Pfleglinge den Schänkenden doch nicht immer bekannt sein werden.

Das Personal der Trinkerheilanstalt hat zu bestehen aus den Hauseltern und Diaconen oder Pflegern für Trinker, Diaconissinnen be-

ziehentlich Pflegerinnen für Trinkerinnen, für welch letztere natürlich gesonderte Anstalten zu bauen sind. Der Bestand des weiteren Hilfspersonals, insbesondere des Küchen- und Wirthschaftspersonals, richtet sich nach Grösse und Betriebsart der Heilstätte.

Die Stellung eines Hausvaters oder Hausverwalters, wie ihn fast alle Anstalten jetzt besitzen, als des dem öconomischen Theile der Verwaltung vorstehenden, dem Arzte aber untergeordneten ersten Beamten, wird sich auch im künftigen Betriebe von Trinkerheilstätten in dieser Hinsicht nicht wesentlich ändern. Er wird das Familienhaupt sein, der Berather der Pfleglinge in allen möglichen Fragen, für welche der Arzt nicht zuständig ist; er wird der Vermittler sein zwischen den Anstaltsleitern und den Pfleglingen, wie auch zwischen diesen selbst und vor allem das Innehalten der gesammten Hausordnung durchführen. Die Frau des Hausvaters wird dem inneren Wirthschafts-, insbesondere dem Küchenwesen vorzustehen haben.

Gebildete und Ungebildete in ein und derselben Heilstätte unterzubringen, empfiehlt sich nicht. Nicht nur, dass eine passende Einzelbehandlung und andererseits ein gedeihliches Zusammenleben der Pfleglinge dadurch unmöglich gemacht wird, sondern die letzteren selber werden sich um so wohler fühlen, je mehr sie sich unter gleich Kranken aus gleichen Ständen befinden.

Auch wird sich nach dem oben Gesagten die ganze Einrichtung der Anstalt, ihre Lage und Anlage wesentlich anders gestalten, wenn Leute aus höheren Ständen sie aufsuchen, als wenn sie nur der Aufnahme von Trunksüchtigen aus niederen Kreisen dient. Eine Vereinigung beider unter einem Dache würde nicht nur einen viel zu grossen Betriebsapparat erfordern, sondern auch zu Unzuträglichkeiten verschiedenster Art führen. — Dass zwei räumlich nicht zu weit getrennte Trinkerheilstätten, die eine für Trinker aus gebildeten, die andere für solche aus ungebildeten Kreisen, unter gemeinsamer Oberleitung stehen, hat sich bewährt an den Lintorfer, den von Bodelschwingh'schen Anstalten u. a. m.

Die Heilstätten für Bemittelte werden ja im Allgemeinen private, oft von Aerzten begründete sein. Sie werden höhere und niedere Verpflegesätze führen müssen. Die Begründung von Freistellen für unbemittelte Gebildete bleibt für die Privatheilstätten dringend erforderlich.

Die Errichtung von Trinkerheilanstalten für Unbemittelte bleibt im Allgemeinen der freien Vereinsthätigkeit überlassen. Die einzelnen Provinzen und Armenverbände werden sie unterstützen müssen, wenn mit Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuches die Unterbringung Trunksüchtiger zwangsweise ermöglicht und nöthig gemacht sein wird, gegebenen Falles eigene öffentliche Anstalten zu errichten haben.

Die Vereinigungen der Inneren Mission, die Bezirksvereine gegen den Missbrauch geistiger Getränke, Trinkerheilvereine, die Vereine vom Blauen Kreuz, der Gut-Templer-Orden und verwandte gegen die Trunksucht ankämpfende Verbände sind berufen, die Begründung von Trinkerheilanstalten sich angelegen sein zu lassen.

Die Kosten der Anstalten werden, insoweit es sich nicht um Privatheilstätten handelt, nicht zu hoch sein, da, wie wir sahen, die eigenen Arbeitsleistungen der Pfleglinge einen Theil derselben mit decken. Jedenfalls werden sie für den Staat oder die Gemeinwesen, wo solche einzutreten haben, ungleich geringer sein, als die ungeheueren Opfer, welche der Oeffentlichkeit durch die Unterbringung Trunksüchtiger in den verschiedensten oben erwähnten Anstalten erstehen und die Versorgung von tausenden durch Trunksucht ihrer Ernährer verarmter Familien. „Die Frage der Kostendeckung, schreibt Hirsch, erledigt sich nicht so schwer, wenn wir bedenken, welche kolossale Summen die Trinker und ihre Familien für geistige Getränke verschwenden, und welch' ungeheuere Kosten Staat und Communen aufzuwenden genöthigt sind, um die durch den Trunk Verkommenen sammt ihren Angehörigen zu unterhalten. Denken Sie an das Armen-Budget in Stadt und Land, welche Steuerlast legt es den Arbeitsamen und Mässigen auf, und wie gross ist der Procentsatz der Armen, die mit ihren Familien der Armenpflege anheimfallen. Wie viele bringt der Trunk ins Zuchthaus, ins Gefängniss, in die Correctionsanstalt, ins Irrenhaus, ins Krankenhaus und welche grosse Summen müssen dafür aufgebracht werden, um sie alle zu unterhalten, ohne dass doch dadurch dem Uebel im geringsten abgeholfen oder nur gesteuert würde!"

Es ist auch nicht ausgeschlossen — und schon liegen erfolgreiche Beispiele vor —, dass Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten und verwandte Einrichtungen und Organisationen Trunksüchtige durch Unterbringung in eine Trinkerheilstätte wieder arbeitsfähig zu erhalten suchen und gegebenen Falles sich unter günstigen Bedingungen das Recht der Behandlung dort sichern.

Die Trinkerheilstätte soll eine offene Anstalt sein. Der Trunksüchtige ist ein Kranker, kein Häftling, sondern ein Pflegling und, je weiter der Charakter des Hauses sich von dem einer Strafanstalt entfernt und je näher er dem einer wirklichen Heilstätte kommt, desto zweckentsprechender wird die Anstalt sein.

Die Kranken müssen nach kurzem Aufenthalte selbst ausserhalb der Anstalten in den für Erholung bestimmten Stunden sich frei ergehen dürfen und die Betriebs- und Hausordnung muss ihnen als wohlthuende Nothwendigkeit, nicht als unerträgliche Last erscheinen und deshalb, soweit Störungen nicht daraus entstehen, in liberaler Weise gehandhabt werden. Das Entgegenkommen und Vertrauen, welches man den Pfleglingen damit erzeigt, erweckt wieder Vertrauen und stärkt ihr Selbstvertrauen. Was irgend zu erlauben ist und nicht wider die immerhin nothwendige Disziplin läuft, erlaube man den Pfleglingen. Sobald ihr Zustand es gestattet, lasse man sie den Besuch Verwandter und Bekannter empfangen, man lasse sie die gewünschte Correspondenz erledigen, wenn nicht besondere Gründe dafür sprechen, dass der Pflegling unlautere Zwecke damit verfolgt.

Es möge eine äusserliche Maassnahme nicht unerwähnt bleiben,

welche immerhin von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist: Die Pfleglinge erhalten in unseren Trinkerheilstätten keine besondere Anstaltskleidung, welche sie auf Spaziergängen oder gelegentlich sonstigen Verkehrs mit der Aussenwelt irgendwie kenntlich machen könnte. So bleibt ihnen ein an Straf- oder Correctionsanstalt erinnerndes Gefühl, einer minderwerthigen Menschenklasse anzugehören, erspart. Man sollte von dieser Maassnahme auch in den Heilstätten für Unbemittelte in Zukunft nicht abgehen.

Als nothwendige Dauer des Aufenthaltes des Alkoholkranken in einer Trinkerheilstätte wird fast von allen Anstaltsleitungen jetzt der Zeitraum von mindestens einem Jahre angegeben. Die vollständige Umwandlung eines ganzen Menschen lässt sich eben in Wochen und auch in wenigen Monaten nicht erreichen, und je länger der Aufenthalt, desto wahrscheinlicher wird auch ein dauernder Heilungserfolg. Ein Jahr wird man auch als durchschnittlichen Zeitraum für die Aufenthaltsdauer von zwangsweise Unterzubringenden festsetzen müssen. Wesentlich erleichtert werden dürften für viele Trinker Aufnahme und Verbleib in der Heilstätte, wenn sie die Gewissheit haben, dass für ihre Angehörigen nach Möglichkeit gesorgt wird. Hier bietet sich für Bethätigung privater Wohlthätigkeit, in Sonderheit für das Wirken unserer deutschen Frauenvereine, ein weites Feld und mit der bevorstehenden Einführung zwangsmässiger Unterbringung Trunksüchtiger in den Heilstätten wird an Staat und Communen, zumeist wohl die Armenverbände, die Pflicht herantreten, sich der Familien jener anzunehmen.

„Man hat in nordamerikanischen Staaten, schreibt Nasse, nicht allein einen Termin für die unfreiwilligen Aufnahmen allgemein festgesetzt (3 bis 12 Monate, resp. bis zu 3 Jahren) sondern auch für die freiwillig Eingetretenen den Directionen die Ermächtigung der Zurückhaltung derselben (New York und Connecticut) von 3—6—12 Monaten ertheilt. In Erwägung, dass der Erfolg der Behandlung ganz wesentlich davon abhängt, dass die körperliche und geistige Gesundheit des Trinkers nach der Entziehung des Alkohols hinreichend erstarkt, um den Versuchungen der alten Gewohnheit festen Widerstand entgegen setzen zu können und dass dieses nicht in einigen Wochen, sondern frühestens erst nach Monaten erzielt werden kann, würde der Termin des Aufenthaltes im Minimum bis zu 6, im Maximum bis zu 12 Monaten auch für uns eine conditio sine qua non sein". — Nach dem St. Gallener Gesetze hat die Dauer des Anstaltsaufenthaltes 9 bis 18 Monate zu betragen, ja in Rückfällen entsprechende Verlängerung einzutreten.

Das aus den Berichten aller jetzt bestehenden Trinkerheilstätten hervorgehende Ueberwiegen der Dauererfolge bei den erst nach Jahresfrist Entlassenen gegenüber den Pfleglingen, welche nur wenige Monate die Anstalten besuchten, ist so augenscheinlich, dass die Forderung möglichst langer Anstaltsbehandlung voll berechtigt erscheint.

Von besonderer Wichtigkeit hinsichtlich anhaltender Heilung

der aus der Anstalt Entlassenen bleibt die Sorge für geeignete Unterbringung derselben, am besten an Orten, wo Enthaltsamkeitsvereine bestehen oder wenigstens in der Trinkerheilbewegung bewanderte Familien oder solche, welche sich liebevoll entlassener Trinker annehmen und für die ihnen dienliche Lebensweise volles Verständniss haben. Wo nicht Enthaltsamkeitsvereine oder geeigneter Familienanschluss dem Entlassenen zur Verfügung stehen, wird den Entlassenen immerhin sein Verkehr im Kreise von Mässigkeitsfreunden, in Jünglingsvereinen und sonstigen Vereinigungen der Inneren Mission, in Herbergen zur Heimath, kurz überall da, wo ein Zwang zum Genuss alkoholischer Getränke oder wenigstens das Beispiel unmässigen Gebrauches derselben nicht besteht, am ehesten vor einem Rückfall bewahren. Es gilt vor allem aber auch den Entlassenen wieder Eintritt in ihren Beruf oder sonst Arbeit zu verschaffen. Dass in dieser Hinsicht die Hilfe von Arbeits- und Fabrikherren, von Landwirthen wie Industriellen, von Arbeitgebern jeder Art von ungeheuerem Werthe ist, leuchtet ein. Dass sich dieselben mit den Leitungen der Heilanstalten diesbezüglich ins Einvernehmen setzen, ist dringend zu wünschen.

Naturgemäss bleiben die grossen Städte mit ihren zahllosen Verführungen zu liederlichem Lebenswandel und unmässigem Trunke die gefährlichsten Stätten für den Geheilten. Hier ihn unterbringen, dürfte ebenso bedenklich wie schwierig sein. Mit gutem Erfolg sucht man weiterhin die Entlassenen in dauernder Verbindung mit der Anstalt zu erhalten, sei es durch schriftlichen Verkehr, sei es durch eigenen wiederholten Besuch in der Anstalt oder Besuche des Hausvaters oder sonstiger Angestellter bei ihm. Das Gefühl bleibender Verbindung mit der Stätte und den Personen, welchen die Genesenen ihre Rettung verdanken, befestigt sie gegenüber den beständig an sie herantretenden Verführungen namentlich da, wo ihnen Anschluss an Enthaltsame nicht geboten ist. Besuche der enthaltsam Gebliebenen in der Heilstätte wirken auf deren Insassen natürlich besonders günstig ein.

Prof. Forel äussert sich zur Frage der geeigneten Versorgung der Entlassenen folgendermaassen: „Da nach einer langen Erfahrung festgestellt worden ist, dass ein gewesener Trinker nur in den seltensten Fällen zur Mässigkeit im Genuss alkoholischer Getränke zurückkehren kann, dass er vielmehr, sobald er diesen mässigen Genuss probiren will, mit fast mathematischer Sicherheit rückfällig, d. h. wieder baldigst zu einem Trunkenbold wird, muss die ganze Energie des Hausvaters darauf concentrirt werden, aus den Pfleglingen der Anstalt bei ihrer Entlassung lebenslängliche Abstinenten und Mitglieder von Abstinenzvereinen zu machen. Das ist erfahrungsgemäss weitaus der sicherste Weg zur definitiven Heilung, oder besser gesagt, der einzige. Die Trinkerheilanstalt muss daher gewisse Beziehungen zu den Abstinenzvereinen unterhalten, damit die Pfleglinge nach ihrer Entlassung einen sie stützenden geselligen Verkehr finden.“

Freilich bleibt die Lösung dieser Aufgabe zur Zeit noch sehr schwierig, da gerade in Deutschland die Enthaltsamkeitsvereine nur allmählig Fuss zu fassen beginnen. — Wir müssen um so mehr auch hier wieder die Hilfe freier Vereinsthätigkeit in Anspruch nehmen. Den oben erwähnten „Trinkerheilvereinen“ wird die Aufgabe zufallen, auch der geheilt Entlassenen auf das Thatkräftigste sich anzunehmen, soweit dies von privater Seite nicht im Einzelfalle geschieht. Mit ihnen sollten vor allen die Gefängnissverwaltungen, Gefängnissgesellschaften, die Vereine zur Fürsorge für entlassene Sträflinge und verwandten Zwecken dienende Vereinigungen wirken. Die Gefängnisse, alle Straf- Besserungsanstalten und Arbeitshäuser, welche ihr Bestehen zum grossen Theile der Trunksuucht verdanken, haben ein besonderes Interesse daran, mitzusorgen, dass die entlassenen Trunksüchtigen vor Rückfall bewahrt bleiben.

Ausser in Anstalten werden zur Zeit Trunksüchtige auch von Familien gepflegt und in Enthaltsamkeitsvereinen untergebracht. Wenn schon Erfolge auch mit dieser Heilmethode nicht ausbleiben, so bieten doch das geregelte Anstaltsleben, der gesammte ärztlich beaufsichtigte Betrieb mit allen erwähnten Einzelheiten, in Sonderheit aber der Einfluss der Pfleglinge auf einander, wie des Arztes und Personals auf sie, weit grössere Aussicht auf Heilerfolg, als Familienpflege und private Freundesarbeit es vermögen.

Viel werthvoller sind enthaltsame Familien und Abstinenzvereine als Stützen für die aus Heilstätten Entlassenen, welche in der alkoholisirten Gesellschaft rings von Gefahren bedroht sind. Der Verkehr im Kreise Enthaltsamer behütet sie am ehesten vor einem Rückfall.

Die Geschäftsstelle des „Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke“ in Hildesheim entsendet (gegen Einsendung von 1 Mark) die Liste der Familien, welche sich erboten haben, Trunksüchtige bei sich aufzunehmen. Es sind deren etwa 30 zur Zeit in Deutschland.

Unheilbare Trunksüchtige sollen in Trinkerheilstätten nicht aufgenommen und, wenn versuchsweise eingebracht, nicht behalten werden. Will man sie nicht in besonderen Abtheilungen von Irrenanstalten unterbringen, so verweise man sie in einfache „Asyle“ oder „Bewahranstalten für unheilbare Trunksüchtige“, welche ebenfalls unter ärztlicher Leitung, aber schärferer Disciplin, als die Anstalten für Heilbare, stehen und geschlossene sein müssen. Viele dieser Unglücklichen werden noch Arbeit verschiedener Art verrichten können, und Gelegenheit zu solchen soll auch für diese Stätten vorhanden sein, deren Gesammtbetrieb dem einer Irrenanstalt im Uebrigen nicht unähnlich sich gestalten wird, von welcher sie in Verwaltung und Leitung direct abhängig zu machen sein dürften. Die Entlastung der Irrenhäuser von unheilbaren Alkoholikern würde auf diesem Wege herbeigeführt und von besonderem Vortheile für sie sein.

## Nachwort.

Die Verhütung der Trunksucht wird die vornehmste Aufgabe aller derer bleiben, welche den Kampf gegen den Alkoholismus begonnen haben, und deren Riesenarbeit noch so vieler, vieler Kräfte bedarf, damit man endlich einem unserer furchtbarsten socialen Uebel erfolgreicher zu Leibe gehen könne. Aber nur da vermag dieser Kampf auf sicheren Erfolg zu rechnen, wo man neben der Belehrung und Aufklärung des Volkes über das Volksgift Alkohol mit praktischen Maassnahmen zur Beschränkung seines Genusses vorgeht.

Dass man letztere zu wenig zu ergreifen verstand, erklärt zum grossen Theile die Misserfolge des von grosser Begeisterung getragenen und vor allem durch die furchtbare Branntweinpest hervorgerufenen ersten deutschen Mässigkeitskampfes in den dreissiger und vierziger Jahren. Der Anfang der achtziger Jahre begonnene zweite deutsche Mässigkeitskampf, welcher zur Zeit von dem „Deutschen Vereine gegen den Missbrauch geistiger Getränke“ und verschiedenen Enthaltsamkeitsvereinen geführt wird, ist bestrebt, neben richtigen Anschauungen über Wesen und Wirkung der alkoholhaltigen Getränke vor allem passende Einrichtungen und eine hinreichende Gesetzgebung als werthvollste Kampfesmittel zu erlangen. Während die Vereine gegen den Missbrauch geistiger Getränke einen mässigen Alkoholgenuss nicht verurtheilen, sehen die Abstinentenvereine die Möglichkeit eines Erfolges im Kampfe gegen den Alkoholismus allein in der vollkommenen Enthaltsamkeit.

Von Maassnahmen, welche die Gelegenheiten und Verführungen zum Trunke beschränken, haben sich bewährt alle Bestrebungen, die den minder bemittelten Volksclassen ordentliche Wohnungen und genügende Ernährung, dazu eine alkoholfreie Geselligkeit verschaffen wollen, wie u. a. die Vereine zur Erbauung billiger Wohnungen, zur Unterhaltung von Kaffeehallen, Volksspeisehallen und öffentlichen Lesehallen, von Volksheimen, Volksparks u. s. w. sie verfolgen. Man sucht also das Bedürfniss nach spirituösen Getränken zu mindern und günstige Ersatzgetränke (darunter neuerdings alkoholfreie Weine und Biere) zu schaffen, auf der anderen Seite, durch Beseitigung socialer Missstände das Wirthshaus- und Schnapsbudenleben wieder durch Familienleben oder Verkehr an alkoholfreien Stätten und an Orten, die nicht unter dem Banne des Trinkzwanges stehen, zu ersetzen. Immerhin bleiben all solche Maassnahmen ungenügend, so lange sie nicht von einer ausreichenden gesetzlichen Gewalt ergänzt werden. Deswegen fordern die Kämpfer gegen den Alkoholismus nach wie vor ein specielles „Trunksuchtsgesetz“, welches straffere Handhaben bietet, als die wenigen die Trinkerentmündigung und eventuell Zwangsunterbringung in Trinkerheilstätten erlaubenden Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuches; man fordert Bestrafung der öffentlichen Trunkenheit, weitere Erhöhung der Branntweinsteuern und der Steuern auf starkalkoholhaltige Biere und Weine, Beschränkung des Handverkaufs von Branntwein, Verbot seiner

Abgabe an jugendliche Personen, an gewissen Tagesstunden, an Sonntagen u. s. w. Insonderheit aber wird immer wieder auf starke Verminderung der zahllosen Schank- und Trinkgelegenheiten hingearbeitet und auf scharfe Handhabung der Conzessionsbestimmungen und geeignete Verbesserung derselben.

Es ist einleuchtend, dass diese auf Verhütung des unmässigen Alkoholconsums gerichteten Bestrebungen am besten vorbeugend wirken müssen gegen Ueberhandnehmen des chronischen Alkoholismus und dass, wo man nicht vollkommener Abstinenz huldigt, ausgiebige Beschränkung des Alkokolverbrauchs im Sinne obiger Forderungen die beste Prophylaxe bildet gegenüber dem Eintritt und der Häufigkeit der Trunksucht und der Nothwendigkeit, Heilstätten für deren Opfer errichten zu müssen.

---

## 7. Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Frauen.

Von

Sanitätsrath Dr. **Brennecke** in Magdeburg.

---

Die Fürsorge für Frauen, — sofern man darunter eine Fürsorge versteht, die sich speciell zur Aufgabe stellt, die mannigfachen aus dem Geschlechtsleben des Weibes erwachsenden Gefahren und Gesundheitsstörungen zu bekämpfen, — gehört bis heute zu den etwas stiefmütterlich behandelten Gebieten der öffentlichen Kranken- und vorbeugenden Gesundheitspflege. Und ich gestehe, dass es mir weit leichter sein würde, im negativen Sinne einen Artikel über „die Noth und Hilflosigkeit der Frauen" zu schreiben, als in dem hier verlangten positiven Sinne über die „Fürsorge für Frauen". Aber freilich, — wann wird es und kann es eine Zeit geben, die sich mit den vorhandenen Zuständen auf irgend einem Gebiete des socialen Lebens zufrieden erklären könnte. *Πάντα ῥεῖ*! Was uns heute befriedigend erscheint, wird morgen als ungenügend erkannt, und man muss schon froh sein, wenn nur hin und wieder ein frischer Hauch durch die nur gar zu gern dem Trägheitsgesetz huldigenden und stagnirenden socialen Zustände aller Art belebend und umgestaltend hindurchweht. Auch das Gebiet der Frauenpflege ist in unserer social-bewegten Zeit von solchem Hauch nicht unberührt geblieben. Und wenn es auch wahr ist, dass auf diesem Gebiete noch nichts dem heutigen Wissen und Empfinden Entsprechendes und Befriedigendes geschaffen wurde, so sind doch die Anfänge zu einer Besserung und organischen Umgestaltung unverkennbar, und es lohnt wohl, diesen Anfängen und Keimen einmal nachzugehen und das bisher Erreichte in übersichtlicher Weise darzustellen. Eben weil aber das zur Zeit Bestehende unzureichend ist, eben weil es sich in voller Gährung und Entwicklung zu neuen Formen befindet, so ergiebt es sich für meine Darstellung von selbst, dass ich mich nicht darauf beschränken darf, ein Augenblicksbild zu liefern, dass es vielmehr darauf ankommen wird, das Werden und Wachsen der Fürsorge für Frauen in der Vergangenheit und Gegenwart zu verfolgen, um auf Grund des so gewonnenen Verständnisses für die augenblicklichen Zustände die sich nothwendig daraus ergebende Wachsthumsrichtung für die Zukunft klarzulegen.

### 1. Geschichtliche Entwickelung der Frauenpflege.

Religion und Wissenschaft sind zu allen Zeiten die Brennpunkte menschlicher Lebensentfaltung, die Grundpfeiler aller Culturentwickelung gewesen. Auch die Fürsorge für Frauen baut auf ihnen auf und wird bis heute von ihnen getragen. Es würde ein Irrthum und ein Unrecht sein, wollte man, wie es in unserer wissenschaftsfrohen und wissenschaftsstolzen Zeit so gern geschieht, das religiöse Moment in der Entwickelung und Belebung der Frauenpflege als ein untergeordnetes betrachten und nicht achten. Christliche Nächstenliebe war es, die in den dunklen Zeiten des Mittelalters und bis in das 18. Jahrhundert hinein auch ohne die Leuchte der Wissenschaft, dank einer gewissen intuitiven Erkenntniss dessen, was den Frauen zur Erhaltung ihres körperlichen und geistigen Wohles Noth thut, gar manches auf dem Gebiete der Frauenpflege geschaffen hat, das die später erwachende Wissenschaft nur als berechtigt gutheissen und weiter hegen und pflegen konnte. Die Kirche war es, die in jenen dunklen Zeiten mit mancherlei Satzungen als weise Beschützerin der Frauen auch auf hygieinischem Gebiete hervortrat. Christliche Nächstenliebe war es, die die deutsche Fürstin Katharina, geborene Prinzessin von Sachsen, Herzogin von Braunschweig und Lüneburg, zu Anfang des 16. Jahrhunderts trieb, den Wormser Arzt Eucharius Roesslin zur Abfassung eines ersten deutschen Hebammenlehrbuchs unter dem Titel „Der schwangeren Frauen und Hebammen Rosegarten“ zu veranlassen und die damit den Anstoss gab zu einer geordneten Entwickelung des bis dahin völlig verwahrlosten Hebammenwesens. Christliche Nächstenliebe war es und ist es, die zu allen Zeiten sich in der Unterstützung hilfsbedürftiger Kranker und armer Wöchnerinnen zu bethätigen suchte, die in unserem Jahrhundert zur Bildung zahlreicher Frauenvereine trieb, die, recht verstanden, der ganzen socialen Frage unserer Zeit zu Grunde liegt. Der, Gott sei dank, in unserem Volke noch nie erstorbene, aus tief religiösem Empfinden erwachsene Sinn für Nächstenliebe und Wohlthätigkeit ist der ureigentliche Grund und Mutterboden aller, so auch unserer auf die Fürsorge für Frauen gerichteten Wohlfahrtseinrichtungen und Bestrebungen. Richtung und Ziel derselben aber wird durch die fortschreitende wissenschaftliche Einsicht bestimmt. Eine gesunde Fortentwickelung socialer Wohlfahrtseinrichtungen hat immer nur dann stattfinden können, wenn sich christliche Charitas mit wissenschaftlicher Einsicht paarte, wenn die Fundamente des erstrebten socialen Neubaus auf den beiden Grundpfeilern menschlichen Fortschritts —, Religion und Wissenschaft, — ruhten.

Es ist nicht uninteressant zu sehen, wie die Kirche und christliche Charitas im Mittelalter und in der reformatorischen Zeit sich mannigfach bemühte, den Frauen in den Stunden der Geburt und im Wochenbett Trost, Fürsorge und Hilfe zu bringen. Wenn auch die Fürsorge bei der Geburt Jahrhunderte lang nur in specifisch kirchlichem Trost bestehen konnte (bei schweren Entbindungen ward der Pfarrer gerufen und reichte

die Sacramente), so war der den Wöchnerinnen zu Theil werdende Schutz doch vielfach wirksamerer und realerer Art. Fussend auf dem mosaischen Gesetz und einem gesunden sittlichen Empfinden folgend, forderte die Kirche in officiellen Verordnungen (s. „Die Fürsorge für die Wöchnerinnen nach den Kirchenordnungen des 16. Jahrhunderts“ von Pfarrer Berber — Allgemeine Deutsche Hebammen-Zeitung 1895 No. 12 und „Die Hebammen nach den kirchlichen Verordnungen des 16. Jahrhunderts, — eine kultur- und kirchengeschichtliche Skizze“ von Pfarrer Berber — l. c. 1894 No. 4), dass den Wöchnerinnen volle 6 Wochen nach der Entbindung Schonung und Pflege geboten werde, und zweifellos hat sie mit solchen Verordnungen bei ihrer autoritativen Machtstellung einen überaus heilsamen, hygieinisch-erziehenden Einfluss auf die rohe Masse des Volkes ausgeübt. Von besonderem Interesse ist die Thatsache, dass schon im 13. Jahrhundert zu Pfullendorf die Einrichtung getroffen war, arme Wöchnerinnen 6 Wochen lang unentgeltlich im Spital aufzunehmen und zu verpflegen. „Diese Unterstützung“, so berichtet Mone, „war für die Familien von Tagelöhnern (Seldnern) und andere arme Einwohner, die keine Dienstboten halten konnten, da der Mann für seinen täglichen Verdienst ausser dem Hause arbeiten musste, von sehr grossem Werthe“. (J. F. Mone: Ueber Armen- und Krankenpflege früherer Zeit, mit Urkunden. Karlsruhe. — G. Braun'sche Hofbuchhandlung. — 1861). Aehnliches wird aus dem 14. Jahrhundert von Nürnberg, aus dem 16. Jahrhundert von München berichtet und mag überhaupt zu damaligen Zeiten nichts Ungewöhnliches gewesen sein. (Dr. Ernst-Bumm: Ueber die Entwickelung der Frauenspitäler und die moderne Frauenklinik. — Wiesbaden. — J. F. Bergmann. — 1897.) So schuf die christliche Charitas schon im grauen Mittelalter eine Einrichtung, die erst in jüngster Zeit in den Wöchnerinnenasylen zu neuem Leben und, wie wir hoffen dürfen, zu dauernd segensreicher Wirksamkeit wieder erwacht ist.

Vom guten Willen zur Hilfe bis zur Möglichkeit einer wirksamen Entfaltung derselben bedurfte es aber einer Jahrhunderte langen Zeit der Entwicklung und emsiger Arbeit. An der grenzenlosen Noth der Frauen und an dem brennenden Wunsche, derselben abzuhelfen, musste sich erst die Fackel der geburtshilflichen und gynäkologischen Wissenschaft entzünden. In ihrem Lichte und unter ihrem Vorantritt konnten die zum Wohle der Frauen zu treffenden fürsorgenden Maassnahmen erst bestimmtere Formen und sichere Ziele gewinnen.

Die Geburtshilfe Deutschlands ruhte im Mittelalter und bis in das 18. Jahrhundert hinein fast ganz in den Händen der Hebammen, und ruhte dabei als Wissenschaft in des Wortes verwegenster Bedeutung. Die Scheu der deutschen Frauen vor Hinzuziehung männlicher Hilfe und die dadurch für die Aerzte herbeigeführte Unmöglichkeit, den normalen Hergang der Geburt kennen zu lernen, am Gebärbett selbst Erfahrungen zu sammeln und Beobachtungen anstellen zu können, waren das Jahrhunderte hindurch wirkende wesentlichste Hemmniss einer wissen-

schaftlichen Entwicklung der Geburtshilfe. Der Hebammenstand, der, wie noch heute, so erst recht in jenen alten Zeiten sich vorwiegend aus den niederen und niedersten Volksschichten rekrutirte, war begreiflicherweise unfähig, die Geburtshilfe als Wissenschaft auch nur im mindesten zu fördern. Zu solcher Fähigkeit fehlte ihm jede Grundlage. Die „Hebammenkunst“ des Mittelalters fusste auf der rohesten Empirie. Von einer zielbewussten und gleichmässigen Ausbildung der Hebammen war nicht die Rede, oder doch nur insoweit als ältere „erfahrene“ Hebammen die jüngeren angehenden anlernten und so dafür Sorge trugen, dass neben dem wenigen brauchbaren Wissen eine Unsumme von Aberglauben und Afterweisheit von Generation zu Generation forterbte. Auf die Hilfe solcher Personen angewiesen, duldeten es die Frauen und mit ihnen die Hebammen nur in den äussersten Nothfällen nach meist tagelanger vergeblicher Geburtsarbeit, dass männliche Hilfe von nicht minder fragwürdigem Werthe hinzugezogen wurde. In so verschleppten Geburtsfällen konnte es sich fast immer nur um rohe zerstückelnde Operationen handeln, bei denen nicht selten auch die Kreissende das Leben einbüsste, und nur rohe Chirurgen und Bader waren es, die sich zu solch handwerksmässigem Betriebe der Geburtshilfe hergaben. Der ärztliche Stand hielt sich fern. Er erachtete die Geburtshilfe als einen Theil der Chirurgie und damit unter seiner Würde stehend. Auch an den Universitäten wurde die Geburtshilfe bis tief in das 18. Jahrhundert hinein als ein untergeordnetes Anhängsel der Anatomie und Chirurgie behandelt. Von einer wissenschaftlichen Förderung derselben konnte auch hier keine Rede sein, da es den Universitätslehrern wie allen damaligen Aerzten an geburtshilflicher Erfahrung durchaus gebrach. (Die ganze hier gegebene Schilderung der geburtshilflichen Verhältnisse des Mittelalters lehnt sich eng an „v. Siebold's Geschichte der Geburtshilfe“ an. Berlin 1835. — Enslin.)

In diese tiefe Nacht geburtshilflicher Unwissenheit und Rohheit leuchtete das schon oben erwähnte erste deutsche Hebammenbuch des Wormser Arztes Eucharius Roesslin im Jahre 1513 als das Morgenroth einer besseren Zeit geradezu erlösend hinein. Einem wie tief gefühlten Bedürfnisse das Buch entsprach, beweist am besten die grosse Zahl der Auflagen, die es bis in das 17. Jahrhundert hinein nicht nur in deutscher Sprache, sondern auch in lateinischer, französischer, holländischer und englischer Uebersetzung erlebte. Die Bedeutung des Roesslin'schen Werkes liegt nicht gerade in seinem wissenschaftlichen Werthe. Auch Roesslin vermochte ja nicht aus eigener geburtshilflicher Erfahrung zu schöpfen. Sein Werk bildet nur eine Zusammenstellung der geburtshilflichen Lehren der altclassischen Meister, des Hippocrates, Galenus, Avicenna, Albertus Magnus, Aëtius, Gordon und Savonarola, — es bietet mithin nur einen Ueberblick über den Zustand der Geburtshilfe, wie er sich in damaliger Zeit gestaltet hatte. Nicht also auf wissenschaftlicher Seite, sondern wesentlich auf dem Gebiete der socialen Entwicklung der Ge-

burtshilfe liegen Roesslin's Verdienste. Er entwand die Geburtshilfe der Willkür der Hebammen und der unter ihrer Alleinherrschaft eingetretenen Versumpfung, so gut es eben das rein theorethische geburtshilfliche Wissen der Aerzte damaliger Zeit gestattete. Der völligen Regellosigkeit gegenüber schuf er eine geregelte Anleitung zur Ausbildung der Hebammen. Er weckte das Interesse der Aerzte und Wundärzte für das so schmählich vernachlässigte Feld der Geburtshilfe. Er bahnte somit den Weg, der den ärztlichen Stand allmählich zum Heile der Frauen die Führerschaft in der Geburtshilfe erringen liess.

Angeregt durch Roesslin zeitigte das 16. Jahrhundert eine ganze Reihe von Hebammenlehrbüchern, die aber alle ohne wissenschaftlichen Werth nur immer auf's neue bewiesen, auf einem wie primitivem, eigener Erfahrung und eigenen Denkens baarem Boden sich das geburtshilfliche Wissen der damaligen Aerzte bewegte. Wichtiger ist es, dass die staatlichen Behörden und Obrigkeiten nunmehr anfangen, das Hebammenwesen einiger Aufmerksamkeit zu würdigen, dass sie dasselbe durch Erlass besonderer „Ordnungen" regeln, und dass sie kraft solcher Ordnungen die Aerzte als Lehrer der Hebammenschülerinnen förmlich anstellen. Der noch immer herrschenden Willkür, der zu Folge es ganz von dem guten Willen, von der Fähigkeit und von dem freien Entschluss der Hebammen abhing, ob und wie weit sie sich die ärztlicherseits gebotenen geburtshilflichen Lehren zu eigen machen wollten, — dieser Willkür ward erst mit dem Erlass solcher Hebammenordnungen ein heilsamer, freilich unendlich langsam wirkender Riegel vorgeschoben. (In dieser Beziehung interessante und lehrreiche Beiträge bietet die jüngst erschiene Schrift von Dr. Coester „Der Hebammenfreund, Ein Rathgeber für Hebammen etc., zugleich ein Beitrag zur Geschichte des Hebammenwesens". Berlin 1897. — Elwin Staude.) Erst von jetzt ab kann von einem ordnungsmässig geschulten und berufenen Hebammenstande die Rede sein, der seiner höheren Würde bewusst, sich je länger je mehr von jenen Pseudohebammen oder „Pfuscherinnen" sondert. Es bedurfte zweier Jahrhunderte, um diesen für die sociale Ausgestaltung der Geburtshilfe und für die gesammte Frauenpflege eminent bedeutungsvollen Wandel des Hebammenwesens sich vollziehen zu lassen. Deutschlands Zerrissenheit und Vielstaaterei, nicht minder die endlosen Kriegswirren in der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts, hemmten die Entwicklung auch der Frauenpflege und liessen nur ganz allmählich bald hier bald dort einiges Interesse für das Hebammenwesen auftauchen. Als zu den ersten Hebammenordnungen gehörig, verdienen die von Adam Lonicerus verfasste, zu Frankfurt a. M. 1573 erschienene und eine vom Herzog Ludwig von Württemberg 1580 ausgegangene „Verfügung an seine Amtsleute" Erwähnung. (Die Stadt Nürnberg scheint allen Städten und Staaten Deutschlands mit einer obrigkeitlichen Hebammenordnung schon aus dem Jahre 1452 weit vorausgeeilt zu sein. Siehe „Die Entwickelung der deutschen Geburtshilfe und der Hebammenkunst" von Dr. H. Freund. — Strassburg.) Im übrigen Deutschland regt sich's erst gegen Ende des 17. Jahrhunderts.

So gab Bernhard, Herzog zu Sachsen, Jülich, Cleve und Berg, Landgraf zu Thüringen seinen Landen um's Jahr 1682 eine Hebammenordnung, und im Kurfürstenthum Brandenburg datiren die ältesten das Medicinal- und auch des Hebammenwesen ordnenden Edicte vom 12. November 1685 und vom 30. August 1693.

Im Allgemeinen wurde in all diesen Verordnungen der Unterricht der Hebammen und die Beaufsichtigung derselben denjenigen Land- und Stadtärzten, welche sich besonders mit der Ausübung der operativen Geburtshilfe abgaben, von den Behörden übertragen. Da aber die Zahl der zum Unterricht befähigten Aerzte durchaus keine grosse war, da es an eigenen Hebammenlehranstalten und somit den Aerzten an Gelegenheit fehlte, die Schülerinnen auch in der Behandlung der gewöhnlichen Fälle zu unterrichten, so erhielt sich der längst bestehende Gebrauch, dass ältere in ihrer Kunst erfahrene Frauen jüngeren angehenden Hebammen die nöthige Unterweisung gaben, noch lange neben dem ärztlichen Unterrichte fort. Die auf das Hebammenwesen sich beziehenden Verordnungen aus jener Zeit reden daher von „geschickten Lehrfrauen", welche den angehenden Hebammen die nöthige Unterweisung zu geben hatten, ehe dieselben von den collegiis medicis examinirt und, wenn sie hinreichend qualificirt gefunden, beeidigt werden sollten. (Siehe v. Siebold l. c.)

Gewiss wurde mit solcher Neuordnung zunächst herzlich wenig gebessert. Die von aller praktischen Erfahrung losgelöste rein doctrinäre geburtshilfliche Wissenschaft der damaligen Aerzte machte sich in Aberglauben und Unsinn aller Art kaum weniger breit, als die rohe Empirie jener „geschickten Lehrfrauen". Trotz alledem aber muss es als eine werthvolle Errungenschaft des 16. und 17. Jahrhunderts und als grundlegendes Ereigniss in der Geschichte der Frauenpflege bezeichnet werden, dass es dem ärztlichen Stande damaliger Zeit gelang, bestimmenden Einfluss auf die Ausbildung der Hebammen und damit die Führung in der Geburtshilfe zu erringen. Denn schon begann es in ärztlichen Kreisen zu tagen. Die Nacht der Unwissenheit und des Aberglaubens fing an zu weichen unter dem aufklärenden Einflusse der Italienischen Schule, welche im 16. Jahrhundert die Anatomie gewaltig gefördert hatte. Geläuterte Kenntnisse über das weibliche Becken und die Beckenorgane griffen allmählich unter den deutschen Aerzten Platz und konnten durch ihre Vermittelung nun auch den Hebammen zu Gute kommen. Der tiefstgreifende und ein wahrhaft befruchtender Einfluss auf Deutschlands Geburtshilfe und Frauenpflege aber ging von Frankreich aus.

Die im 17. Jahrhundert am Französischen Hofe herrschende Sittenlosigkeit hatte freiere Anschauungen und laxere Sitten im ganzen Volke gezeitigt und hatte neben vielem Uebel doch auch ein Gutes zu Wege gebracht: — schon um die Mitte des 17. Jahrhunderts fanden die französischen Aerzte nicht nur bei Hofe, sondern auch in weiten Kreisen der Bürgerschaft freien Zutritt zum Gebärbett. Damit war Frankreichs Aerzten die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Bearbeitung der Geburtshilfe eröffnet, und Dank diesem Vorzug eilte die französische Geburts-

hilfe, sich schon damals zu einer relativ hohen Stufe wissenschaftlicher Entwickelung emporschwingend, der aller anderen Culturvölker weit voraus. Auf der Seine-Insel, im alten Hotel-Dieu zu Paris, bestand schon seit dem 15. Jahrhundert eine öffentliche Gebäranstalt für arme Weiber. Bereits um die Mitte des 17. Jahrhunderts diente dieselbe zu Unterrichtszwecken für Hebammen und Aerzte, — ein Unicum in der ganzen damaligen civilisirten Welt! In den überfüllten Räumen dieser Anstalt herrschten zwar Zustände grauenvollster Art (näheres darüber findet sich bei Dr. E. Bumm „Ueber die Entwickelung der Frauenspitäler und die moderne Frauenklinik". 1897. — Wiesbaden. Bergmann), — doch ungetrübt bleibt dem Hotel-Dieu der Glorienschein einer Wiege der modernen geburtshilflichen Wissenschaft. Hier fanden die Koryphäen der Wissenschaft des 17. und 18. Jahrhunderts ihre wesentliche Bildungsstätte, von hier ging auch die erste Anregung aus zur Errichtung weiterer geburtshilflicher Lehranstalten. Auf damals französischem Boden, in Strassburg, ward im Jahre 1728 auf Betreiben des Prätors von Klinglin eine zweite geburtshilfliche Schule eröffnet. Der Leitung Johann Jacob Fried's anvertraut, ward sie für Deutschlands Geburtshilfe von bahnbrechender Bedeutung. Die in deutscher Sprache gehaltenen Vorlesungen Fried's zogen Aerzte und Studirende aus ganz Deutschland in Schaaren herbei und im Verein mit der in der Anstalt gebotenen Möglichkeit, den natürlichen Geburtshergang am Gebärbett selbst zu beobachten, sorgten sie für Ausbreitung eines gesunden geburtshilflichen Verständnisses in weiteren und immer weiteren Kreisen der Aerzte Deutschlands. Der seit Jahrhunderten auf Deutschlands Geburtshilfe lastende Bann war damit endlich gebrochen, die Beschäftigung mit ihr galt nun nicht mehr unter der Würde des Arztes. Den Behörden und Aerzten gingen mehr und mehr die Augen auf über die namenlose Versäumniss, die man Jahrhunderte lang sich auf geburtshilflichem Gebiete hatte zu Schulden kommen lassen. Man lernte einsehen, in welch erschreckender Menge die Kreissenden und Neugeborenen den Störungen des Geburtsmechanismus zum Opfer fielen, weil ein rohes, technisch und wissenschaftlich ungeschultes geburtshilfliches Personal diese Störungen nicht nur nicht verstand zu erkennen und abzuwenden, sondern sie geradezu hervorrief durch unverständiges und täppisches Eingreifen. Mit unwiderstehlicher Gewalt drängte sich die Ueberzeugung auf, dass der bisherige geburtshilfliche Unterricht der Hebammen wie der Aerzte ein ungenügender sei, dass die sociale und nationalöconomische Bedeutung der Geburtshilfe eine sorgfältige wissenschaftliche Bearbeitung und Pflege derselben seitens universell durchgebildeter Aerzte verlange, und dass als nothwendige Grundlage einer solchen die Errichtung zahlreicher Entbindungsanstalten zu Lehr- und Lernzwecken für Aerzte wie für Hebammen unerlässlich sei. Die Universität Göttingen ging im Jahre 1751 voran mit Errichtung einer ersten geburtshilflichen Klinik nach dem Vorbilde Strassburg's. Ihr folgte 1751 Berlin mit der Entbindungsanstalt im Königlichen Charité-lazareth, — 1763 Cassel. Und nun gings in schneller Folge während

der nächsten Jahrzehnte in ganz Deutschland vorwärts. Als die letzten Universitäten erhielten 1805 Tübingen und Heidelberg, 1810 Leipzig, 1814 Giessen ihre eigenen Entbindungsanstalten zu klinischen Lehrzwecken. So vollzog sich die Befreiung der Geburtshilfe von den beengenden Fesseln der Chirurgie. Als selbstständige Wissenschaft tritt sie zu Ende des vorigen Jahrhunderts an den Universitäten mit eigenen klinischen Instituten und mit eigenen Lehrstühlen der inneren Medicin und der Chirurgie ebenbürtig zur Seite. Und nun wurde mit regem wissenschaftlichem Eifer binnen weniger Jahrzehnte nachgeholt, was Jahrhunderte versäumt hatten. Schon zu Anfang unseres Jahrhunderts steht die Geburtshilfe Deutschlands mit ihren klaren, geläuterten Grundsätzen als eine hochgeschätzte Wissenschaft da, die alsbald auch im Chorus der Culturstaaten die führende Rolle übernimmt.

Erst auf so gewonnener wissenschaftlicher Grundlage konnte von der Entfaltung einer geordneten und wirksamen Frauenpflege die Rede sein. Es galt jetzt, vor allem das ganze Land mit gut geschulten Hebammen und Aerzten in genügender Menge zu versehen, — eine Aufgabe, der sich die Regierungen aller deutschen Lande in der zweiten Hälfte des vorigen und zu Anfang dieses Jahrhunderts mit rastlosem Eifer zuwendeten. Schon im Jahre 1751 hatte Friedrich der Grosse durch Decret vom 27. Februar Anordnungen getroffen, denen zufolge aller Orten für den Hebammenberuf taugliche Personen ausgewählt und zum Unterricht nach Berlin in die im Charitélazareth zu errichtende Hebammenschule geschickt werden sollten. Bei der Geringschätzung und allgemeinen Missachtung, die auf dem von Alters her verwahrlosten Hebammenstande und -Berufe lastete, begegnete es aber grossen Schwierigkeiten, geeignete Persönlichkeiten in genügender Menge zu gewinnen. Um dem entgegenzuwirken, wurde den Schülerinnen kostenlose Ausbildung zugesichert. Doch ward dem aller Orten herrschenden Mangel an geschulten Hebammen in etwas schnellerem Tempo erst abgeholfen, als Friedrich der Grosse durch Rescript vom 24. Mai 1774 bestimmte, dass in jeder Provinz mindestens eine Hebammenschule errichtet werden solle. Infolge dieses Rescripts erstanden bis zum Jahre 1804 nicht weniger als 26 Hebammenschulen im Königreich Preussen — 5 Schulen mehr als das inzwischen wesentlich umfangreicher gewordene Königreich heut' aufzuweisen hat. Aus Mangel an genügender Geburtenfrequenz liess man eine ganze Reihe derselben später wieder eingehen.

Von der noch zu Ende des vorigen Jahrhunderts herrschenden Noth und Hilflosigkeit der Frauen bekommt man eine ungefähre Vorstellung, wenn man hört, dass nach Schmidtmann in den 3 Jahren 1798 bis 1800 in der Provinz Schlesien allein 611 Frauen in der Geburtsarbeit, 521 am „Blutsturze", 1597 im Wochenbett starben, — dass nicht weniger als 8666 Kinder todtgeboren wurden und dass 61 871 Kinder im ersten Lebensjahre starben, — und wenn man dem gegenüberstellt, dass nach amtlicher Ermittelung im Jahre 1892 in derselben inzwischen ungleich volksreicher gewordenen Provinz Schlesien nur 265 Todesfälle an Kind-

bettfieber und 425 Todesfälle an anderen Folgen der Geburt notirt wurden. (Dr. Ludwig Jos. Schmidtmann. Ausführliche praktische Anleitung zur Gründung einer vollkommenen Medizinal-Verfassung und Polizey. — Hannover 1804, bei den Gebrüdern Hahn. — Bd. I. Dietrich. Das Hebammenwesen in Preussen. — Merseburg. Verlag von Stolberg 1896. pag. 14). Da sich in der Provinz Schlesien erst um das Jahr 1791 oder 92 eine Hebammenschule aufthat, so darf uns jene von Schmidtmann überlieferte Statistik wohl noch als Maassstab der verheerenden Thätigkeit des früheren in voller Unwissenheit und Rohheit aufgewachsenen geburtshilflichen Personals dienen, und man versteht den Jubel Schmidtmann's, wenn er im Jahre 1804 angesichts des Aufschwungs der Geburtshilfe ausruft: „Wie viele tausend Mütter und Kinder sind wohl durch unwissende Hebammen unglücklich gemacht und gemordet worden! Dass man den Menschen bei dem Erblicken der Welt, in dem hülfsbedürftigsten Zustande seines ganzen Lebens und die ihm das Dasein gebende Mutter vor groben Misshandlungen zu sichern sucht, ist einer der schönsten und gewissesten Züge von der zunehmenden Aufklärung, Humanität und Menschenschätzung unserer Tage. Ich glaube nicht zu irren, wenn ich behaupte, dass man den Grund der grossen auffallenden Vermehrung der Menschen in vielen Ländern von Europa in unseren Zeiten vorzüglich in der fast allgemein vorgenommenen Verbesserung des Hebammenwesens zu suchen hat". (Schmidtmann. l. c. pag. 350. Bd. I.).

Sei dem, wie ihm wolle. Jedenfalls war der zu Ende des vorigen und Anfang unseres Jahrhunderts in der Geburtshilfe und Frauenpflege sich vollziehende Wandel ein so durchgreifender, dass ein unmittelbarer und handgreiflicher Gewinn die fast nothwendige Folge sein musste. Die zahlreichen Hebammenschulen ermöglichten es, binnen weniger Jahrzehnte eine grosse Menge theoretisch und praktisch geschulter Hebammen heranzubilden. Um eine gleichmässige Vertheilung derselben über das ganze Land zu ermöglichen, richtete man überall, so auch im Königreich Preussen die sogenannten Hebammenbezirke ein. Einem jeden dieser Bezirke wurde zur Pflicht gemacht, für Auswahl einer geeigneten Persönlichkeit und Ueberweisung derselben an eine der Hebammenschulen zu meist 4 bis 5 monatlichem Unterricht Sorge zu tragen. Nur solche Personen sollten zum Unterrichte zugelassen werden, „welche durch Atteste ihrer Ortsobrigkeiten, des Geistlichen und der Physici darthaten, dass sie unbescholtenen Wandels sind, Kenntnisse im Lesen und Schreiben, gute natürliche Verstandeskräfte, keine ungeschickten Gliedmaassen und Hände haben, und nicht zu alt sind". Den Unterricht in der Lehranstalt ertheilten ausschliesslich geburtshilflich tüchtige Aerzte und Professoren. Die „geschickten Lehrfrauen" verschwanden jetzt völlig von der Bildfläche. Nach beendetem Lehrcursus, nach bestandener vorschriftsmässiger Prüfung und erhaltener Approbation wurden die Hebammen ihrem jeweiligen Bezirke, für den sie ausgebildet waren, überwiesen. In der Ausübung ihres Berufes wurden sie der Controle des

Physikus unterstellt. Durch das Preussische Landrecht vom 1. Juni 1794 (Theil II, Titel 20, § 712) war schon im Allgemeinen der Grundsatz aufgestellt: „Wenn bei einer Geburt schwere oder ungewöhnliche Umstände sich ereignen, so ist die Hebamme schuldig, einen approbirten Arzt, insofern ein solcher erlangt werden kann, herbeirufen zu lassen“. Eine genauere Abgrenzung der den Hebammen im Berufsleben zustehenden Rechte und obliegenden Pflichten ward in Preussen erst etwas später, im Jahre 1815, mit der officiellen Einführung des „Lehrbuchs der Geburtshilfe zum Unterricht für die Hebammen in den Königlich Preussischen Landen“ herbeigeführt. Mit diesem Lehrbuche erst ward die Grundlage zu einem einheitlichen Unterricht der Hebammenschülerinnen in sämmtlichen preussischen Hebammenschulen gewonnen, nicht minder aber die Norm für das ganze Berufsleben der prakticirenden Hebammen geschaffen. Sehr bald musste man die Erfahrung machen, dass die Hebammen in der Praxis degenerirten und trotz des auf der Hebammenschule genossenen Unterrichts wieder in die alte Unwissenheit und in allerhand Aberglauben versanken. Um dem entgegenzuwirken, taucht schon im Jahre 1812 in Preussen die Ministerialverfügung auf, dass „die Physiker mit den Hebammen ihres Districtes von Zeit zu Zeit in bestimmten Zusammenkünften und Examinatorien die Grundsätze der Hebammenkunst kürzlich durchzugehen und ihnen dadurch das früher Erlernte ins Gedächtniss zurückzurufen haben“. Das officiell eingeführte Preussische Hebammenbuch diente vom Jahre 1815 ab auch diesen Nachprüfungen als werthvolle Grundlage.

Bei aller Vortrefflichkeit der hiermit kurz skizzirten Neuordnung des Hebammenwesens, die zu Ende des vorigen und Anfang dieses Jahrhunderts sich, wie im Königreich Preussen, so ganz analog in allen übrigen deutschen Staaten vollzog, — blieb doch ein unheilvoller Uebelstand als dauernder Krebsschaden demselben anhaften. Der Hebammenberuf blieb nach wie vor Domaine der niederen und niedersten Volksschichten. Wohl bemühten sich die Behörden, einigermaassen fähige und brauchbare Elemente für den Beruf zu gewinnen, doch die Jahrhunderte lange Missachtung, die auf dem alten rohen Hebammenstande gelastet hatte, liess einen so schnellen Wandel in der Werthschätzung des geburtshilflichen Berufes bei der grossen Masse des Volkes — auch in den gebildeten Kreisen desselben — nicht zu. Nur ganz ausnahmsweise sehen wir zu Anfang dieses Jahrhunderts gebildete Frauen sich über das herrschende Vorurtheil erheben und den Beruf einer Geburtshelferin ergreifen (Regina Josepha Heiland, geb. von Siebold und deren Tochter Marianne Theodora Charlotte Heiland, beide in Darmstadt). Es kam hinzu, dass die Behörden bei der damaligen Reform des Hebammenwesens es so gut wie ganz versäumten, neben der Regelung der Pflichten auch auf eine angemessene Regelung der Rechte der geschulten Hebammen Bedacht zu nehmen. Es blieb bezüglich der Honorirung der Hebammen beim alten Brauch. Eine gesicherte Existenz war darauf nicht zu gründen, und so wurde

denn nach wie vor die Geburtshilfe nur als ein kärglich lohnendes Nebengewerbe von den im übrigen taglöhnernden oder sich sonst wie ihren Lebensunterhalt erwerbenden Frauen betrieben. Erst im Jahre 1815 fing man im Königreich Preussen an, dem Hebammenwesen auch in der Richtung seiner berechtigten materiellen Interessen einige Aufmerksamkeit zu schenken. So wurde in der damals erscheinenden Taxe für Medicinalpersonen bestimmt, dass es in „Ansehung der Belohnung der Hebammen bei der Entbindung und nachherigen Behandlung der Mutter und des Kindes, soweit solche ihres Amtes sei, bei der Verfassung jedes Ortes sein Bewenden haben solle. Sollte aber über das Honorarium ein Streit entstehen, welcher weder aus der Localobservanz, noch aus einer anderen Localnorm entschieden werden kann, so giebt die vorstehende Taxe (für die Geburtshelfer), insofern sie auf die den Hebammen zukommenden Verrichtungen passt, den Maassstab für sie jedoch in der Art ab, dass ihnen in der Regel nur ein Viertel des Satzes für den Geburtshelfer gebührt und dieser nur, wenn es die Vermögensumstände der Entbundenen erlauben, bis auf ein Drittel erhöht werden kann". Eine weitere, wenn auch schwache Fürsorge für die Hebammen Preussens spricht sich in der Cabinetsordre vom 16. Januar 1817 aus. Die Hebammen werden durch dieselbe von allen directen Steuern befreit, es wird ihnen das Recht zugesprochen, auch für Entbindungen in ihrem Bezirke, bei denen sie nicht hinzugezogen waren, ein Honorar zu fordern und wird angeordnet, dass zur Bildung von Hebammenunterstützungsfonds bestimmte Abgaben bei jeder Trauung und Taufe erhoben werden sollen. —

Ueberblicken wir den letztgeschilderten Zeitraum im Ganzen, so stellt sich als wesentliche Errungenschaft desselben dar, dass die Geburtshilfe und Frauenpflege auf eine gesicherte wissenschaftliche Grundlage gestellt wurde. Der ärztliche Stand hat mit fester Hand die Führung ergriffen. Der Hebammenstand ist durch ihn auf eine höhere Stufe geburtshilflichen Verständnisses und technischer Leistungsfähigkeit gehoben, dessen ungeachtet aber werden ihm die Schranken seiner Wirksamkeit enger gezogen, denn je zuvor.

Das lebendig gewordene Bewusstsein, dass die geburtshilfliche Wissenschaft in der engsten Beziehung zur Gesammtwissenschaft der Medicin stehe, dass nur der universell durchgebildete Arzt zur Ausübung einer rationellen, von wissenschaftlichem Geiste getragenen Geburtshilfe fähig sei, drängte mit Nothwendigkeit zu immer weitergehender Bevormundung und Befugnisseinschränkung der geburtshilflich unmündigen Hebammen, und trieb zum andern zur allmähligen Verdrängung auch der Bader und Chirurgen I. und II. Classe aus der Geburtshilfe. Schon im Jahre 1811 konnte den Barbieren das ihnen seit Jahrhunderten zustehende Recht zur Ausübung der operativen Geburtshilfe entwunden werden, aber erst im Jahre 1852 gelang es, auch die nur höchst unvollkommen vorgebildeten, bis dahin laut „Reglement für die Staatsprüfungen der Medicinalpersonen vom 1. December 1825" zur Geburtshilfe zu-

gelassenen Chirurgen I. und II. Classe definitiv zu beseitigen. Erst seit dem Jahre 1852 steht somit das Recht zur Ausübung der Geburtshilfe in vollem Umfange allein dem allseitig durchgebildeten Arzte zu, während der Hebamme nur die Abwartung der normal verlaufenden Geburtsfälle anvertraut und ihr zur Pflicht gemacht ist, bei jeder Störung des Geburts- und Wochenbett-Verlaufs auf Hinzuziehung ärztlicher Hilfe zu dringen. Und wenn zu Anfang unseres Jahrhunderts Mangels einer genügenden Zahl geburtshilflich geschulter Aerzte den Hebammen noch weitgehende operative Befugnisse eingeräumt werden mussten, so hat diesem Uebelstande zum Heile der Frauen durch die wachsende Zahl ärztlicher Geburtshelfer von Jahrzehnt zu Jahrzehnt mehr abgeholfen werden können, und liegt für die Hebammen heute nur noch in vereinzelten Gegenden Deutschlands (Ost- und West-Preussen) die Verlegenheit vor, ärztlicher Hilfe in operativen Fällen entrathen zu müssen. Die neueste Zeit aber, bis zu deren Schwelle wir die Entwicklung der Geburtshilfe und Frauenpflege verfolgt haben, hat uns neue Aufgaben gestellt, die noch grösstentheils einer befriedigenden Lösung harren.

Es sei im Folgenden ein Verzeichniss der in Deutschland bestehenden Anstalten eingefügt.

## 2. Verzeichniss der zur Zeit bestehenden geburtshilflichen Lehranstalten Deutschlands.

### A) Universitäts-Frauenkliniken (geburtshilflich-gynaekologische Lehranstalten).

| Nummer. | Ort der Anstalt. | Director der Anstalt. | Dauer des Hebammenschul-Cursus. | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Berlin | Olshausen | | |
| 2. | Berlin (Charité) | Gusserow | 6 Monate | |
| 3. | Bonn | Fritsch | 6 „ | Seit 2 Jahren Sondercurse für Hebammenschülerinnen d. Evang. Diakonie-Vereins. |
| 4. | Breslau | Küstner | | |
| 5. | Erlangen | Frommel | 4 „ | |
| 6. | Freiburg | Hegar | 4 „ | |
| 7. | Giessen | Löhlein | 6 „ | Wiederholungslehrgänge für d. Hebammen Hessens seit 1891. |
| 8. | Göttingen | Runge | 6 „ | |
| 9. | Greifswald | Pernice | 6 „ | |
| 10. | Halle a. S. | Fehling | | |
| 11. | Heidelberg | Kehrer | 4 „ | |
| 12. | Jena | Schultze | $3^1/_2$ „ | Jährlich nur 1 Lehrcursus, v. 1. Mai bis Mitte August. |
| 13. | Kiel | Werth | 9 „ | |
| 14. | Königsberg i. P. | Winter | 6 „ | |
| 15. | Leipzig | Zweifel | 6 „ | Jährlich 2 Hebammenschulcurse. |

| Nummer. | Ort der Anstalt. | Director der Anstalt. | Dauer des Hebammen-schul-Cursus. | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|
| 16. | Marburg | Ahlfeld | 6 „ | Jährlich 2 Lehrcurse, am 1. Januar und am 1. Juli beginnend. |
| 17. | München | Winckel | 4 „ | In jedem Cursus (v. 1. Aug. bis 30. Nov.) werden 60—70 Schülerinnen ausgebildet. |
| 18. | Rostock | Schatz | 6—9 „ | Jährlich 2 Lehrcurse, am 1. Januar und am 1. Juli beginnend. |
| 19. | Strassburg i. E. | Freund | | |
| 20. | Tübingen | v. Säxinger | | |
| 21. | Würzburg | Hofmeier | 4 „ | In jedem Cursus (v. 15. Juli bis 15. Nov.) werden 40 Schülerinnen ausgebildet. |

## B) Hebammen-Lehranstalten.

| Nummer. | Ort der Anstalt. | Director der Anstalt. | Dauer des Hebammen-schul-Cursus. | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|
| 22. | Bamberg | Burkard | 4 Monate | Jährlich 1 Lehrcursus vom 1. März bis Ende Juni. |
| 23. | Blomberg in Lippe | Theopold | 9 Wochen | Jährlich 1—2 Curse für je 2—6 Schülerinnen. Unterricht in der Entbindungsanstalt und vorwiegend an poliklinischem Material. |
| 24. | Breslau | Baumm | 7 Monate | |
| 25. | Braunschweig | Ehlers | 6 „ | Jährlich 2 Hebammenschulcurse; ausserdem 3monatliche Curse für Wochenpflegerinnen. |
| 26. | Celle | Langerhans | 6 „ | Innerhalb 2 Jahre i. d. Regel 3 Curse. Dazwischen Curse für Wochenpflegerinnen. |
| 27. | Danzig | Abegg | 9 „ | |
| 28. | Donaueschingen | Hauser | 4 „ | |
| 29. | Dresden | Leopold | 6 „ | Jährlich 2 Lehrcurse. |
| 30. | Erfurt | Zschiesche | 6 „ | |
| 31. | Frankfurt a. O. | Wiebecke | 8 „ | |
| 32. | Gotha | Obenberger | 5 „ | Bei jährl. nur 20—30 Entbind. werden in 5 monatl. Lehrcursus 5—12 Schülerinnen ausgebildet. |
| 33. | Gumbinnen | Passauer | 6 „ | Jährl. 1 Curs. v. 1. Oct. b. 1. Apr. |
| 34. | Hamburg | Staude | 6 „ | |
| 35. | Hannover | Poten | 6 „ | Seit 1890 14tägige Wiederholungslehrgänge für Hebammen d. Prov. Hannover. |
| 36. | Köln a. Rhein. | Frank | 9 „ | |
| 37. | Lübben | Boehr | 8 „ | Wiederholungslehrgänge für die Hebammen der Niederlausitz v. 14tägiger Dauer. |
| 38. | Magdeburg | Dahlmann | $5\frac{1}{2}$ „ | |
| 39. | Mainz | Krug | | Seit 1891 Wiederholungslehrgänge f. d. Hebammen Hessens. |

| Nummer. | Ort der Anstalt. | Director der Anstalt. | Dauer des Hebammen-schul-Cursus. | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|
| 40. | Metz | Adelmann | 9 „ | Unterricht in der Entbindungsanstalt und an poliklinischem Lehrmaterial. |
| 41. | Oppeln | Grossner | 7 „ | |
| 42. | Osnabrück | Meyer | 6 „ | Seit 1890 14tägige Wiederholungslehrgänge für die Hebammen der Prov. Hannover. — Auch Curse für Wochenpflegerinnen von 2monatlicher Dauer. |
| 43. | Paderborn | Georg | 5 „ | |
| 44. | Posen | Toborski | 8 „ | |
| 45. | Stettin | Bauer | 6 „ | |
| 46. | Strassburg | Freund jun. | 9 „ | |
| 47. | Stuttgart | Walcher | 5 „ | Jährlich 2 Lehrcurse. |
| 48. | Wittenberg | Kortmann | 6 „ | |
| 49. | Oldenburg | Greve | 6 „ | Wiederholungslehrgänge für die Hebammen Oldenburg's sollen 1898 eingef. werden. |

C) Städtische Entbindungsanstalten.

| Nummer. | Ort der Anstalt. | Director der Anstalt. | Dauer des Hebammen-schul-Cursus. | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|
| 50. | Frankfurt a. Main | Voemel | | Schule für Wochenpflegerinnen. |

### 3. Die Bekämpfung des Kindbettfiebers und die Hebammenreform.

Auf der neu errungenen Grundlage zahlreicher geburtshilflicher Lehranstalten hatte sich die geburtshilfliche Wissenschaft und nicht minder das Hebammenwesen in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts einer längeren Periode ruhiger und stetiger Entwicklung zu erfreuen gehabt. Das Verständniss für die physiologischen und pathologischen Vorgänge in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hatte sich mehr und mehr vertieft, die geburtshilfliche Operationstechnik sich in hohem Maasse vervollkommnet und Hand in Hand damit hatte sich auch den Frauenkrankheiten —, der Gynaekologie —, ein wachsendes Interesse zugewendet. — Mit grosser Sicherheit hatte man gelernt, den Frauen auch in den schwierigsten Geburtsfällen lebensrettenden Beistand zu leisten. Die in alter Zeit so massenhaften Todesfälle Gebärender in Folge ungenügender technischer Hilfsleistung gehörten Dank der straffen Organisation des Hebammenwesens, Dank der wachsenden Zahl tüchtiger ärztlicher Geburtshelfer und Dank der Fortschritte der geburtshilflichen Technik von Jahrzehnt zu Jahrzehnt mehr zu den Seltenheiten. — Noch aber stand die geburtshilfliche Wissenschaft machtlos einem Feinde der Wöchnerinnen gegenüber, dem Kindbettfieber, das gerade in der Hoch-

burg der Wissenschaft, in den geburtshilflichen Universitätskliniken, Jahr aus, Jahr ein eine sich oft in das Grauenhafte steigernde Todesernte hielt. Ohne ersichtlichen Grund stellte es sich seit den 20er Jahren unseres Jahrhunderts fast jährlich in den Anstalten ein, um epidemieartig 10, 15, 20 ja 30 pCt. der Wöchnerinnen auch nach ganz leicht und normal verlaufenen Entbindungen dahinzuraffen. Dass derselbe unheimliche Gast auch in den Privathäusern einkehrte und im ganzen Lande alljährlich eine erschreckend grosse Todesernte hielt, — das ahnte man zunächst kaum, weil die Krankheit in Dorf und Stadt immer nur zerstreut und mehr vereinzelt aufzutreten pflegte. Der Theorien über das Wesen des Kindbettfiebers gab es in den 30er und 40er Jahren genug. Dass sie aber falsch waren, bewies die Ohnmacht aller auf sie gegründeten prophylactischen und therapeutischen Maassnahmen. Man mochte, gestützt auf die Ansicht von dem miasmatischen Charakter des dem Kindbettfieber zu Grunde liegenden Giftes, die prachtvollsten Entbindungshäuser mit den vorzüglichsten Ventilationseinrichtungen bauen, — in den neuen Häusern herrschte das Fieber mit derselben ungebrochenen Kraft wie in den alten. Schon hatte sich der leitenden Kliniker eine gewisse Resignation bemächtigt, man erwog, ob es nicht im Hinblick darauf, dass die Anhäufung von Wöchnerinnen in demselben Raume dem Fieber Vorschub zu leisten scheine, gerathen sei, die grossen Entbindungsanstalten überhaupt eingehen zu lassen und statt ihrer kleinere, dem Betrieb der Geburtshilfe in Privathäusern nahe kommende Institute einzurichten, — als Ignaz Philipp Semmelweis, damals Assistenzarzt an der grossen Wiener Gebäranstalt, im Jahre 1847 mit der epochemachenden Entdeckung hervortrat, dass das Kindbettfieber eine Wundinfectionskrankheit sei, hervorgerufen durch Uebertragung fauliger und in Zersetzung begriffener thierisch-organischer Substanzen auf die bei jeder Kreissenden im Genitalcanal entstehenden frischen Wunden. Unreine Hände und unreine Instrumente des geburtshilflichen Personals seien in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Träger des Giftes. Nur vereinzelt seien die Fälle von Selbstinfection, in welchen die Verunreinigung der frischen Wunden ausgehe von fauligen organischen Substanzen, die sich schon im Genitalschlauch der Kreissenden vorfinden. Der oberste einfache Satz der Semmelweis'schen Verhütungslehre des Kindbettfiebers lautete demgemäss: Bringt den Kreissenden und Wöchnerinnen nicht von aussen mittelst unreiner Hände und unreiner Instrumente in Zersetzung begriffene thierisch-organische Substanzen bei, — reinigt Eure Hände und Instrumente und alle mit der Kreissenden und Wöchnerin in Berührung kommenden Utensilien in einer Weise, dass Ihr sicher sein dürft, dass dieselben nicht mehr Träger der gefahrdrohenden Gifte sind! Die Antiseptik erblickte damit das Licht der Welt. Zur Erreichung des gedachten Zweckes führte Semmelweis im Jahre 1847 auf seiner Abtheilung der Wiener Gebäranstalt Waschungen der untersuchenden Hände und Instrumente des geburtshilflichen Personals mit Chlorwasser und etwas später mit dem billigeren Chlorkalk ein und

lieferte schon im ersten Jahr für Jeden, der sich überzeugen lassen wollte, den schlagenden Beweis für die Wahrheit seiner Lehre durch den jähen so erzielten Abfall der Mortalität der Wöchnerinnen von 10 auf 1,27 pCt. derselben.

Aber leider war die Zeit noch nicht reif, um die enorme Tragweite und die auf geburtshilflichem, gynäkologischem und chirurgischem Gebiete umgestaltende Wirkung der Semmelweis'schen Lehre begreifen und voll erfassen zu können. Es gehörten die Vorarbeiten eines Pasteur und Lister und volle 25 Jahre dazu, um die führenden geburtshilflichen Kliniker verstehen zu lassen, welch einen Schatz ihnen der im Jahre 1865 darüber hingestorbene Semmelweis hinterlassen, wie Recht derselbe gehabt hatte, als er zürnend den ihn todtschweigenden Fachgenossen zurief: „meine Lehre ist nicht da, um in Bibliotheken unter Staub zu vermodern, sondern um im praktischen Leben segensreich zu wirken; sie ist da, um den Schrecken aus den Geburtshäusern zu verbannen und um dem Gatten die Gattin, dem Kinde die Mutter zu erhalten."

Erst um das Jahr 1873—1874 fing die Antiseptik an, ihren umgestaltenden Einfluss zunächst in den Kliniken und Gebärhäusern zu entfalten. Von hier aus nahm sie in den 70er und 80er Jahren ihren Siegeslauf durch die gesammte ärztliche Welt und fuhr schliesslich, seit etwa 12 Jahren, heilsam aufrüttelnd auch in die Welt des niederen Heilpersonals, in das Hebammenwesen.

Nachdem die Professoren der Geburtshilfe endlich ihren Widerstand gegen die vorwurfsvolle und verantwortungsreiche Semmelweis'sche Lehre im Princip aufgegeben und um das Jahr 1873 einer ernsten Antiseptik — die im Grunde genommen nichts anderes als zielbewusste peinliche Reinlichkeit bedeutet — in ihren Kliniken Einlass gegönnt hatten, sah man in überraschender Weise die Todesfälle an Kindbettfieber von Jahr zu Jahr mehr zurückgehen. Wohl kam es bei dem Bestreben, die Antiseptik zu vervollkommnen, zu Irrungen mancher Art und eine wohlgemeinte antiseptische Polypragmasie führte vorübergehend in dieser und jener Klinik zu erneutem Anstieg der Todescurve. Doch je mehr man, Dank fortschreitender bacteriologischer Forschung, sich Klarheit zu verschaffen wusste über das Wesen des bezw. der Gifte, deren Ursprung und Quellen Semmelweis schon klar bezeichnet hatte, — je mehr man gewisse Coccen und Bacterien als die eigentlichen Träger des Puerperalfiebergiftes würdigen und deren Lebensbedingungen kennen lernte, um so zielbewusster und auch um so einfacher gestaltete sich der in der Antiseptik mit diesen Giften zu führende Kampf, bis man endlich zur uneingeschränkten Anerkennung der so überaus einfachen, von Semmelweis in genialer Weise aufgestellten Grundsätze der Antiseptik zurückkehrte. Die nun, Dank diesen Grundsätzen und Dank einer geläuterten wissenschaftlichen Einsicht, in den Gebäranstalten erzielten Resultate übertreffen weitaus die kühnsten Hoffnungen, die einst Semmelweis zu hegen wagte. Aus den Mörderhöhlen

mit 5—10—15 und mehr Procent Mortalität, — aus den Mörderhöhlen, als welche sie Semmelweis dereinst nicht mit Unrecht brandmarkte, sind die öffentlichen Entbindungsanstalten zu den segensreichsten Instituten der Frauenpflege geworden mit einer verschwindenden Mortalität an Kindbettfieber in Höhe von nur 0,15—0,05 und weniger Procent.

Angesichts solch überraschenden Umschwungs in den Sterblichkeitsverhältnissen der Gebäranstalten, musste sich schon zu Ende der 70er Jahre der Blick fragend und prüfend auf den häuslichen Betrieb der Geburtshilfe in Stadt und Land lenken. Jeder Arzt, der damals von den Semmelweis'schen Lehren erfüllt inmitten des geburtshilflichen Treibens stand, musste mit Schrecken gewahr werden, welche Unsumme von Ignoranz, Gleichgültigkeit und Fahrlässigkeit sich zum Unheil der Frauen bei dem geburtshilflichen Personal noch breit machte, welche Riesenarbeit es zu bewältigen gab, um die Geburtshilfe und Frauenpflege den Anforderungen der Antiseptik gemäss neu zu gestalten. Die sorgfältigen statistischen Ermittelungen Boehr's über die Sterblichkeit im Kindbett im Königreich Preussen in den Jahren 1816—1875 eröffneten im Jahre 1878 einen Einblick in die Grösse der durch das Kindbettfieber herbeigeführten Verluste an blühenden Menschenleben und dadurch verursachter Schädigung des Nationalwohlstandes, wie man es nicht von ferne geahnt hatte. Dem Kindbettfieber waren in diesen 60 Jahren 363 624 Frauen erlegen, — es hatte mehr Frauen dahingerafft, als in derselben Zeit Personen weiblichen Geschlechts jeden Alters den Pocken und der Cholera zusammengenommen erlegen waren. Wie war diesen Verlusten in Zukunft Einhalt zu gebieten? Es verstand sich von selbst, dass es galt, das gesammte geburtshilfliche Personal, Aerzte wie Hebammen, zur Antiseptik zu erziehen. Auch unter den Aerzten, namentlich den älteren derselben, gab es damals noch viele, die unter Geringschätzung und Nichtachtung der Semmelweis'schen Lehren auf den Universitäten gross geworden, auch jetzt noch wenig geneigt waren, der Antiseptik die ihr gebührende Bedeutung in der Geburtshilfe beizumessen. Doch ihnen standen zur Aufklärung und Fortbildung die wissenschaftlichen Zeitschriften zur Verfügung. Die Zeit musste den Wandel herbeiführen. Wie langsam er sich vollzog beweist der Umstand, dass noch im Jahre 1881 die Vertretung der deutschen Aerzteschaft auf dem Aerztetage in Cassel die an sie herantretende Forderung der obligatorischen Antiseptik mit der Motivirung abweisen konnte, dass eine Einigung über die zu fordernden antiseptischen Maassnahmen noch nicht erreicht, auch die Aerzte selbst von dem Werth und der Nothwendigkeit der Antiseptik noch nicht genügend durchdrungen seien.

Weit schwieriger stand die Frage dem Hebammenwesen gegenüber. Etwa 95 pCt. aller Entbindungen wurden und werden von den Hebammen allein geleitet. Wie sollte und konnte eine Erziehung der ca. 40,000 deutschen Hebammen zur Antiseptik in die Wege geleitet werden? Durfte man angesichts der reichlich 10,000 Opfer, die das Kindbettfieber alljährlich unter den Wöchnerinnen Deutschlands heischte,

diese Aufgabe allein der Zeit und dem allmählich belehrenden Einfluss der Aerzte überlassen? So ward die Reform des Hebammenwesens zu einer brennenden Tagesfrage und eine Fluth von ärztlichen Literaturerzeugnissen ergoss sich in den 80er Jahren über die meist ahnungslosen Häupter der Hebammen. Besonders erschwerend auf die Möglichkeit einer erziehlichen Einwirkung wirkte der Umstand, dass die Gewerbeordnung vom Jahre 1869 das früher allgemein geltende Princip der Bezirkseintheilung im Hebammenwesen durchbrochen und somit zahlreiche sogenannte frei prakticirende Hebammen neben den fest Angestellten geschaffen hatte. Zucht, Aufsicht und die Möglichkeit der Fortbildung seitens der Kreisphysiker war damit geschwunden, denn nur die Bezirkshebammen waren denselben unterstellt. Noch heute leiden im Königreich Preussen die Bevölkerung und nicht zum wenigsten die Hebammen selbst unter der den Letzteren durch die Gewerbeordnung gewährten unbeschränkten Niederlassungsfreiheit, insofern es bei der wachsenden Concurrenz an vielen Orten zur Bildung eines Hebammen-Proletariats schlimmster Art gekommen ist. Im Königreich Sachsen, neuerdings auch im Fürstenthum Reuss, hat man diese Klippe der Gewerbeordnung glücklich zu umschiffen gewusst, — alle Hebammen werden in bestimmten Bezirken vom Staate angestellt, — sie erlangen das Recht zur Ausübung der Praxis nicht ohne Weiteres mit Absolvirung der Staatsprüfung, sondern erst mit ihrer förmlichen Anstellung. Freiprakticirende Hebammen werden nicht geduldet.

Es kann nicht meine Aufgabe sein, die Fülle der wohlgemeinten Vorschläge, die in den 80er Jahren und bis in die jüngste Zeit zur Reform des Hebammenwesens laut geworden sind, hier kritisch zu durchmustern. Die meisten der damals laut gewordenen Wünsche, die sich auf Abhilfe der schreiendsten Missstände des Hebammenwesens erstreckten und von mir im Jahre 1883 als provisorische Maassnahmen bezeichnet wurden, sind inzwischen erfüllt. Durch Ministerialverfügung vom 6. August 1883 wurden im Königreich Preussen alle Hebammen wieder unter Aufsicht des Kreisphysikus gestellt. Es wurde ihnen zur Pflicht gemacht, jeden Fall von Kindbettfieber, sowie jeden Todesfall einer Gebärenden in ihrer Praxis dem Kreisphysikus anzuzeigen, sowie alle drei Jahre sich einer Nachprüfung vor dem Physikus, beim Nichtbestehen sich jedes Vierteljahr bis zur Erfüllung der gestellten Anforderungen einer abermaligen Prüfung zu unterziehen. — Im Jahre 1888 ward in Preussen auch der Forderung der obligatorischen Antiseptik durch Erlass einer bindenden Instruktion für die Hebammen, die antiseptische Leitung der Geburt und des Wochenbetts betreffend, genügt. Für unentgeltliche Lieferung der antiseptischen Mittel ist seit einer Reihe von Jahren wohl in allen Kreisen Sorge getragen. Die beaufsichtigte Desinfection der Hebammen im Fall vorkommender Puerperalfiebererkrankung wird seitens der Kreisphysiker mit mehr oder weniger Strenge wohl überall geübt. Und endlich hat auch die Forderung der periodischen Fortbildungscurse für Hebammen, der sogenannten Wiederholungslehrgänge, in einzelnen

Gegenden Deutschlands Berücksichtigung gefunden (siehe Dietrich l. c. pag. 116). „So finden auf Veranlassung des Landesdirectors der Provinz Hannover bereits seit Herbst 1890 in den Provinzialhebammenschulen zu Osnabrück und Hannover alljährlich 14 tägigige Wiederholungscurse für die im praktischen Dienste stehenden älteren Hebammen der Provinz Hannover statt. In der communalständischen Hebammenlehranstalt zu Lübben in der Niederlausitz sind Wiederholungslehrcurse ebenfalls eingeführt". Die gleiche Einrichtung ist durch Verfügung des Grossherzoglich-Hessischen Ministeriums vom 21. Juni 1891 an den Entbindungsanstalten zu Mainz und Giessen für die in Hessen prakticirenden Hebammen getroffen. Die einzelnen Hebammen nehmen alle fünf Jahre an einem Lehrgange Theil. In Mecklenburg ist auf Anregung des Professors Schatz eine nicht unwesentliche Besserung des Hebammenwesens dadurch herbeigeführt worden, dass man die Aerzte zur ständigen Ueberwachung der Hebammen herangezogen hat. Je 4 oder 5 der Letzteren sind einem „Aufsichtsarzte" unterstellt worden, der in gewissem Sinne die Verantwortung für die Berufsthätigkeit derselben zu tragen hat. Nur besonders schwachen Hebammen wird in Mecklenburg und ebenso in Braunschweig auf Antrag des Physikus ein Nachcursus zudictirt. Im Jahre 1894 endlich hat „die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen bei dem Preussischen Cultusministerium die Einführung von Wiederholungslehrgängen für sämmtliche schon im Beruf stehende Hebammen mit Bezug darauf in Anregung gebracht, dass die Hebammen die in den Ausbildungscursen gewonnenen Kenntnisse und praktischen Fertigkeiten in kurzer Zeit wieder vergässen, wenn sie nicht von Zeit zu Zeit wieder angeregt würden. Es scheint demnach, sagt Dietrich (l. c. pag. 119), als ob man auch an höchster Stelle in Preussen beabsichtigt, dem Beispiel Hessens bezüglich der Einführung der obligatorischen Wiederholungslehrgänge zu folgen."

Dass ich Recht hatte, im Jahre 1883 alle diese und ähnliche Maassnahmen nur als provisorische Mittel zur Abhülfe der krassesten Missstände des Hebammenwesens zu bezeichnen, — dass ich Recht hatte, die Erreichung gesunder, den Forderungen der Antiseptik entsprechender Verhältnisse in der Geburtshilfe und Frauenpflege von der Erfüllung der Forderung abhängig zu machen, dass man endlich im Hebammenwesen Verhältnisse schaffe, die dazu angethan sind, den geburtshilflichen Beruf mehr als bisher den Frauen der gebildeten Stände zugängig und annehmbar zu machen, — das wird schlagend bewiesen durch die traurige Thatsache, dass noch immer die Mortalität der Wöchnerinnen im häuslichen Betrieb der Geburtshilfe eine Höhe erreicht, die das Doppelte bis Dreifache dessen ausmacht, was nach den Erfahrungen in den Entbindungsanstalten erreicht werden könnte und müsste. Noch immer sind es alljährlich tausende von Wöchnerinnen, die der Unfertigkeit unseres Hebammenwesens und unserer gesammten geburtshilflichen Verhältnisse zum Opfer fallen, ganz abgesehen von der grossen Menge der Frauen, die eben wegen dieser Mängel dauerndem Siechthum verfallen.

Alle bisher zur Aufbesserung des Hebammenwesens beliebten Maassnahmen sind Flickarbeit! Das kann nicht laut und nicht eindringlich genug immer wieder in die Welt hinausgerufen werden! Die Bedeutung und Verantwortlichkeit des Hebammenberufs ist weit über das Maass dessen hinausgewachsen, was die geistige Capacität der Mehrzahl der bisherigen Hebammen zu fassen und zu tragen vermag. Man muthet Kindern die Arbeit Erwachsener zu und meint, unter Nichtachtung der Erfahrung eines ganzen Jahrhunderts, immer wieder eine gute Arbeit erwarten zu dürfen, wenn man nur fleissig bei den Kindern steht, sie belehrt, sie treibt, bedroht und straft! Vollwichtige und ganze Persönlichkeiten sind es, an denen der Hebammenstand zu allen Zeiten Mangel litt, die ihm noch heute im hohen Maasse mangeln, die ihm unter allen Umständen zugeführt werden müssen, wenn anders es je gelingen soll, die Geburtshilfe und Frauenpflege auf eine ihrer Bedeutung würdige Höhe zu heben. Dieser Gedanke war es, dem ich im Jahre 1883 Ausdruck zu geben suchte mit dem viel bespöttelten, oft missverstandenen und als Utopie belächelten Worte „Hebammen oder Diaconissen für Geburtshilfe!“ Wie er zu realisiren, wird am Schluss meiner Arbeit dargestellt werden. Einstweilen ist es mit Freuden zu begrüssen, dass der im April 1894 von Prof. Zimmer in Herborn begründete Evangel. Diaconie-Verein sich mit Eifer und vortrefflichem Erfolge an die Bekämpfung des alteingewurzelten Vorurtheils gebildeter Frauen und Mädchen gegen Geburtshilfe und Wochenpflege herangewagt hat. (Näheres s. in der Schrift: „Der Evangelische Diaconie-Verein etc. Seine Aufgaben und seine Arbeit. Von D. Friedrich Zimmer, Prof. der Theologie.“ Herborn 1895). Schon darf dies Vorurtheil Dank dem entschiedenen Eingreifen des Diaconie-Vereins als überwunden bezeichnet werden. Aus allen gebildeten Ständen strömen seit 3 Jahren weibliche Kräfte in Menge dem neu eröffneten Berufsfelde zu. Die anfängliche Scheu hat sich in das lebhafteste Interesse verwandelt, und kaum noch kann es einem Zweifel unterliegen, dass bei gesetzlich verlangter höherer Bildung der Hebammenschülerinnen sich allezeit ein genügendes Angebot geeigneter Kräfte finden würde, — vorausgesetzt, dass man den Geburtshelferinnen auch eine würdigere Lebensstellung einzuräumen beliebte.

Eben jener in die Frauen- und Hebammenwelt hineingeworfene Gedanke der Diaconie für Geburtshilfe aber war es auch, der nicht unwesentlich dazu beitrug, die Hebammen Deutschlands aus ihrer bisherigen Lethargie zu erwecken und sie zu einer rührigen Arbeit an ihrer Selbstbesserung zu bewegen. Die Berliner Hebammen rafften sich im Jahre 1885 zur Gründung eines Vereins auf, um in geschlossener Einheit dem seit Jahren über das Hebammenwesen hinbrausenden Sturm ärztlicher Kritik besser Stand halten zu können. Von der optimistischen Auffassung beseelt, dass es den Hebammen Deutschlands nur an einem straffen organischen Zusammenschluss fehle, um die harte über das Hebammenwesen gefällte ärztliche Kritik widerlegen und der staunenden

Welt zeigen zu können, wie tüchtig und leistungsfähig sie in Wirklichkeit seien, — so gingen sie hochgemuth an eine mit vielem Eifer betriebene Agitation, gründeten eine eigene Hebammen-Zeitung und erreichten es, dass bis heute sich etwa der vierte Theil aller deutschen Hebammen in ca. 160 Vereinen zusammengeschlossen hat. So dankenswerth es ist, dass damit eine weitere Handhabe gewonnen ist, um seitens des ärztlichen Standes fortbildend auf die Hebammen einwirken zu können, so hat sich doch bis jetzt die den Hebammenvereinen in reichem Maasse zugewendete Mühe und Arbeit der Aerzte als nahezu nutzlos erwiesen. Klein ist die Zahl der Hebammen, die dem Vereinsleben eine merkliche Förderung und Vertiefung ihres Wissens verdankt, — bei der überwiegenden Mehrzahl prallt alles Bemühen nach meiner nun 10jährigen Erfahrung an dem Panzer der Verständnisslosigkeit ab. Sie lassen sich in nichts belehren und liefern durch ihre Antworten auf gelegentlich prüfende Fragen sowie durch ihr Verhalten in der Praxis immer wieder die unglaublichsten Beweise absoluter Unfähigkeit. Trotzalledem ist dem Hebammenvereinsleben ein gewisser Werth nicht abzusprechen. Es hat dazu beigetragen, dem intelligenteren und besseren Theile des Hebammenstandes allmählig die Augen darüber zu öffnen, wie berechtigt die seitens der Aerzte über das Hebammenwesen gefällte Kritik war und ist. Aus Gegnern einer radicalen Reform des Hebammenwesens, als welche sie seiner Zeit ins Feld rückten, sind sie unmerklich und ohne es selbst zu ahnen zu Förderern derselben geworden, — und es ist nur mit Freuden zu begrüssen, wenn seit einigen Jahren aus dem Lager der „Vereinigung deutscher Hebammen“ Forderungen laut werden, wie die nach schärferer ärztlicher Ueberwachung in der Berufsthätigkeit, nach der Rückkehr zum Princip fest angestellter Bezirkshebammen, nach garantirtem auskömmlichen Minimaleinkommen, nach höherer Gesammtbildung und gründlicherer Ausbildung der zuzulassenden Hebammenschülerinnen etc., — alles Forderungen, die die Kernschäden des bisherigen Hebammenwesens treffen und deren Erfüllung dazu angethan sein würde, den heutigen in freier und zügelloser Concurrenz arbeitenden Hebammenstand umzuwandeln in einen berufsgenossenschaftlich gegliederten geburtshilflichen „Schwesternstand“. So erfreulich diese halbunbewusste Mitarbeit der „Vereinigung deutscher Hebammen“ an der Herbeiführung jenes immer klarer hervortretenden Endzieles der ganzen geburtshilflichen Reformbewegung unserer Zeit auch ist, so bleibt dabei doch bedauernswerth, dass als Leitmotiv für diese ihre Mitarbeit sich bis heute ganz wesentlich die materiellen und egoistischen Standesinteressen fühlbar machen, dass die „Vereinigung deutscher Hebammen“ es noch nicht gelernt hat, sich und ihre Mitglieder rückhaltlos in den Dienst der öffentlichen Gesundheitspflege zu stellen, dass sie trotz ihrer schönen Devise „zum Wohle deutscher Frauen“ bei allen auf dem Gebiete der Frauenpflege auftretenden Erscheinungen sich hemmend in den Weg zu stellen geneigt ist, sobald sich nur von Ferne die Möglichkeit einer Schädigung der pecuniären Interessen des Hebammenstandes dabei

erkennen lässt. Es ist bedauernswerth, dass die „Vereinigung deutscher Hebammen“ noch nicht zu der Einsicht durchgedrungen ist, dass die Hebung des Hebammenstandes nicht durch Förderung des Wissens und Aufbesserung der pecuniären Lage der Hebammen allein erreicht werden kann, — dass eine wirkliche und echte Hebung des Standes vielmehr nur dadurch erreicht werden wird, dass die Hebammen, dem niederen Dunstkreis rein materieller und engherzig-egoistischer Interessen allmählig entwachsend, sich immer entschiedener als Mitarbeiterinnen an den idealen Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege fühlen und dieselben in ihrem bescheidenen Wirkungskreise nach Kräften zu fördern lernen. Der Mangel an ausgereiften Persönlichkeiten macht sich eben auch hier wieder fühlbar.

### 4. Wöchnerinnenasyle.

Wie aus der bisherigen Darstellung ersichtlich, kannte die Geburts- und Wochenbetts-Hygiene bis in die jüngste Zeit keine weitere Aufgabe als für Heranbildung eines genügend geschulten geburtshilflichen Personals in ausreichender Menge Sorge zu tragen. Wir sehen, wie man im Laufe unseres Jahrhunderts dieser Aufgabe in wachsendem Maasse sowohl quantitativ gerecht wurde, als (trotz aller gerügten Mängel) auch qualitativ gerecht zu werden suchte. Im Gegensatz zu den im Anfang des Jahrhunderts herrschenden Verhältnissen ist man heute sogar berechtigt, von einem Uebermaass zur Verfügung stehender geburtshilflich geschulter Kräfte zu reden. Da es bisher als selbstverständlich galt, dass Geburt und Wochenbett als physiologische Vorkommnisse sich im Schoosse der Familie, in der Privathäuslichkeit, abwickelten, so glaubte man mit dem reichen Angebot von Hebammen und Aerzten in der Frauenpflege genug gethan zu haben. Den ausserehelich Geschwängerten und einer Minderzahl von Ehefrauen, denen es zur Abwartung der Geburt und des Wochenbettes an einer geeigneten Häuslichkeit fehlte oder die einer besonders schwierigen operativen Entbindung entgegengingen, öffneten ja die zu Unterrichtszwecken errichteten Entbindungsanstalten, hier und da auch mit den städtischen Krankenhäusern verbundene Gebärabtheilungen, jeder Zeit gern ihre Pforten. Es kam hinzu, dass seit Anfang des Jahrhunderts sich in den meisten Städten Deutschlands Frauenvereine gebildet hatten, die in christlich-charitativem, nicht in bewusst-hygienischem Sinne sich der Unterstützung armer verheiratheter Wöchnerinnen annahmen. Arme Frauen wurden und werden von diesen Vereinen in dankenswerther Weise mit Kinderzeug, mit Wochensuppen, gelegentlich auch mit einiger Leib- und Bettwäsche und Feuerungsmaterialien bedacht. So schien Jahrzehnte lang alles aufs Beste geordnet.

Und doch, wer mit wissenschaftlich geschärftem Blick und mit warmem Herzen fürs Volk die geburtshilflichen Verhältnisse unserer Zeit näher ansah, der musste zu der Ueberzeugung gelangen, dass die bisherige Organisation ausreichend nur für die in guten und wohl-

geordneten Verhältnissen lebende Minderheit der Bevölkerung genannt werden könne, dass aber die grosse Masse der ärmeren und ärmsten Volksschichten in der härtesten Weise dabei Noth leide und Schaden an Leben und Gesundheit erfahre. Die traurigen Wohnungs- und Erwerbs-Verhältnisse breiter Massen unseres Volkes bringen es mit sich, dass von einem ordnungsmässigen, den gereiften Forderungen der Wissenschaft entsprechenden Betrieb der Geburtshilfe und Wochenpflege in zahllosen Privatwohnungen nicht ohne weiteres die Rede sein kann. Armuth und Schmutz in den oft übervölkerten, nicht selten von Krankheit aller Art heimgesuchten Wohnungen sprechen — von den ethischen Unerträglichkeiten ganz zu geschweigen — aller Antiseptik Hohn und lassen einen ohnehin unreifen Hebammenstand im Kampfe mit solchen Schwierigkeiten nur zu leicht erlahmen. Und wie bei der Entbindung, so wird nicht minder im Wochenbett gegen die einfachsten Forderungen der Hygiene massenhaft gefrevelt. Man lässt es eben gehen, wie es gehen will. Unzählige Wöchnerinnen werden durch die Noth der häuslichen Verhältnisse, vielfach auch durch den eigenen Unverstand, schon wenige Tage nach der Entbindung aus dem Bett an die Arbeit getrieben und setzen damit ihren so dringend der Schonung und Pflege bedürftigen Körper, gezwungen oder freiwillig, Schädigungen aus, die in einer Fülle von nachfolgenden Leiden, in Siechthum und vorzeitigem Altern ihren Ausdruck finden. Und das geburtshilfliche Personal, das die Gefahren solchen Unfugs wohl zu beurtheilen weiss, steht ohnmächtig und nur zu oft gleichgültig dabei.

Grell traten all diese Missstände der Frauenpflege im Lichte der Antiseptik zu Tage und angesichts der vortrefflichen nunmehr in den geburtshilflichen Lehranstalten erzielten Resultate musste sich der Gedanke fast von selbst aufdrängen, den klar auf der Hand liegenden Nothständen der grossen Masse armer Weiber abzuhelfen durch Gründung öffentlicher Entbindungsanstalten nicht zu Lehrzwecken, sondern rein im Dienste der öffentlichen Wohlfahrtspflege. Unabhängig von einander wurden Dr. Hucklenbroich in Düsseldorf 1881 und ich selbst im Jahre 1883 von diesem Gedanken erfasst, und mit dem Rufe „Bauet Wöchnerinnenasyle!“ wurde im Jahre 1884 eine Bewegung zu Gunsten dieses Gedankens wachgerufen, die von Jahr zu Jahr weitere Kreise ergriff und berufen erscheint, einen allmäligen gründlichen Wandel unserer geburts- und wochenbettshygienischen Verhältnisse herbeizuführen. Das Machtgebot der Hygiene drängt die Geburtshilfe, die bisher mit all ihren Leiden und Freuden dem Kreis der Familie angehörte und die bislang nur zur Lehrzwecken auch in Anstalten gepflegt wurde, immer entschiedener, wenn auch unter weiser mit Rücksicht auf das Familienleben gebotener Beschränkung, zur Anerkennung der Vorzüge einer geordneten Anstaltspflege, — es drängt die Geburtshilfe in ihrer socialen Ausgestaltung auf Bahnen, die denen völlig analog sind, welche die Chirurgie und innere Medicin in der Errichtung öffentlicher Krankenhäuser schon seit langen Jahrzehnten mit

so reichem Erfolge betreten haben. Dass diese erst auf einen so kurzen Zeitraum von 13 Jahren zurückblickende Bewegung sich noch in den ersten Anfängen befindet, dass sie mit Schwierigkeiten aller Art zu kämpfen hat, versteht sich von selbst. Sociale Neuordnungen von so tief in das Volksleben und in die Volkssitte einschneidender Bedeutung können nur langsam aus dem allmälig zum Bewusstsein kommenden Bedürfniss hervorwachsen, sie können nicht auf legislativem Wege erzwungen werden, sie bedürfen einer Jahrzehnte langen organischen Entwickelung, ehe man sagen kann, dass sie zu einer gewisse Reife und zu einem gewissen Abschluss gelangt sind. Indem wir aber die Entwickelungstendez der jung aufstrebenden Wöchnerinnenasyle verfolgen, wird uns der Weg klar werden, auf welchem wir unmerklich und doch sicher aus den unbefriedigenden heutigen Zuständen hinübergelangen in die bessere Zukunft einer wohlgeordneten Frauenpflege.

Wie bereits oben erwähnt, sind Wöchnerinnenasyle zur Pflege armer Ehefrauen schon im grauen Mittelalter nichts Unerhörtes gewesen. Im Laufe der Jahrhunderte ging diese Einrichtung aber in Deutschland wieder völlig verloren. Wohl wurden in neuerer Zeit an den Krankenhäusern grösserer Städte hie und da Gebärabtheilungen zur Aufnahme armer auf communale Unterstützung angewiesener Weiber und namentlich ausserehelich geschwängerter Personen eingerichtet, doch Entbindungsanstalten im Sinne unserer Wöchnerinnenasyle, bestimmt zur Aufnahme nicht nur notorisch armer sondern überhaupt irgend bedürftiger ehrbarer Ehefrauen, kannte man in ganz Deutschland nicht, als in Aachen am 3. August 1830 eine erste derartige Anstalt — das Mariannen-Institut — auf Betreiben des am 2. März 1866 ebendort verstorbenen Sanitätsrath Dr. Vitus Metz ins Leben gerufen wurde. Mit Hilfe eines Frauenvereins unter dem Protectorate Ihrer Königl. Hoheit der Prinzessin Marianne, Gemahlin des Prinzen Wilhelm von Preussen, wurde das Institut begründet und 50 Jahre lang wirkte es in reichem Segen, ohne über die engere Umgebung Aachens hinaus Beachtung zu finden. Nicht weniger als 10373 Kreissende fanden bis Ende Juli 1880 in der Anstalt Aufnahme und nur 41 derselben starben im Wochenbett. Ein glanzvolles in der vorantiseptischen Zeit erzieltes Resultat, das auch heute noch im Zeitalter der Antiseptik von der Geburtshilfe im häuslichen Betriebe nicht erreicht wird! Die Leiden und die Noth armer Wöchnerinnen, die ihm als beschäftigten Geburtshelfer immer wieder vor Augen traten, hatten Dr. Vitus Metz zur Gründung des Instituts bestimmt. Aber noch war die Zeit nicht reif, um seinem kühnen Vorgehen schnelle Nachfolge zu sichern.

Noch lange waren und blieben Entbindungsanstalten gefürchtet als ganz besonders unter dem Banne des Kindbettfiebers stehend, wenn schon die Erfolge des Mariannen-Institutes dazu hätten beitragen können, jenen Wahn zu zerstören und auf die rechte Fährte zu leiten, dass nämlich nicht die Anstalten als solche, sondern allein deren Ausnutzung zu Lehrzwecken eine erhöhte Gefahr für die Pfleglinge mit sich bringe.

Erst nach dem Siege der Antiseptik im Jahre 1880 und 81 konnten gleiche Motive Dr. Hucklenbroich in Düsseldorf zu gleichem Vorgehen bestimmen. Auch ihm war es mit dem am 1. April 1882 in Düsseldorf eröffneten Wöchnerinnenasyl wesentlich darum zu thun, eine Wohlthätigkeitsanstalt für arme Ehefrauen zu schaffen. Wie von selbst aber ergab es sich schon in Aachen und Düsseldorf, dass nicht nur direct den armen Pfleglingen, sondern auch indirect den Wöchnerinnen aller Stände ein reicher hygienischer Gewinn aus diesen Anstalten floss, insofern sich dieselben alsbald zur gewiesenen Ausbildungsstätte von Wochenpflegerinnen gestalteten. Gerade dieser Gesichtspunkt aber, dass die Wöchnerinnenasyle nicht nur einer beschränkten Zahl armer Frauen zu Gute kommen, dass sie vielmehr bei rechter Leitung fähig sind auf dem weiten Felde der Geburts- und Wochenbettshygiene nach allen Richtungen hin belebend und fördernd zu wirken, dass sie mittelbar durch stete fortbildende Beeinflussung und Hebung des Hebammen- und Wochenpflegerinnenstandes jedem Hause nutzbringend werden, sei es arm oder reich, — gerade dieser Gesichtspunkt war es, der erst einmal klar und bestimmt erfasst werden wollte, um die in den Wöchnerinnenasylen schlummernde Kraft zu einer organischen Umgestaltung der gesammten sich auf dem Gebiete der Geburtshilfe bewegenden Frauenpflege wach zu rufen. Die trostlosen Verhältnisse des Hebammenwesens im Zusammenhang mit den traurigen Zuständen in den Wochenstuben der Armen liessen mir im Jahre 1883 den Gedanken aufleuchten, dass Entbindungsanstalten für arme Ehefrauen wie nichts anderes geeignet sein müssten, nach allen Richtungen hin Hülfe zu bringen. Und es ward mir je länger je mehr zur Gewissheit, dass hier die Hebel angesetzt werden müssten, wenn es je gelingen sollte, die Geburts- und Wochenbettshygiene auf eine den Anforderungen der Wissenschaft und der Humanität entsprechende Höhe zu bringen. Freilich der Weg schien erschreckend weit, — doch das Ziel lag in seinen wesentlichen Umrissen klar vor Augen. Anlehnend an Wöchnerinnenasyle, die zur Aufnahme und Pflege bedürftiger und in den Stunden der Geburt irgendwie besonders bedrohter Ehefrauen bestimmt sein sollten, galt es und gilt es einen „diaconissenartig“, d. h. berufsgenossenschaftlich gegliederten Geburtshelferinnenstand ins Leben zu rufen, der aus fähigeren Elementen als bisher sich aufbauend, dem niederziehenden Concurrenzgetriebe entrückt, am Wöchnerinnenasyl seinen beständigen Halt und seine Fortbildungsschule findet. Das Wöchnerinnenasyl sollte und musste die Handhabe bieten, um dem bisher herrschenden Unfug der „Wickelfrauen“, jener ungeschulten Gehilfinnen der Hebammen, ein Ende zu bereiten durch Heranbildung eines zuverlässig geschulten Wochenpflegerinnenstandes, der gleichfalls als geschlossene Genossenschaft im Dienste und unter der dauernden Zucht des Asyls, als seines Mutterhauses, steht. Das Wöchnerinnenasyl sollte und musste den aller Orten bestehenden Frauenvereinen zur Pflege armer Wöchnerinnen die Augen öffnen helfen über die ihrer harrenden grossen socialen und hygienischen Auf-

gaben, es sollte dazu beitragen, die christliche Charitas zu wecken, und auf die Bahnen der öffentlichen Gesundheitspflege zu lenken. Innerhalb seines jeweiligen Wirkungskreises sollte es somit ein Centrum der Geburts- und Wochenbettshygiene werden, an dessen Bestand und Gedeihen Aerzte, Hebammen, Wochenpflegerinnen, Frauenvereine und communale Armenverwaltung gleichermaassen interessirt sind, — von dem aus all diesen zu einem hygienischen Organismus zusammengeschlossenen Factoren das Bewusstsein der Zusammengehörigkeit beständig wach und lebendig erhalten werden sollte.

Ein solches Programm passte auf die heutigen Verhältnisse, — da das Princip des freien Wettbewerbs der Kräfte auch auf dem Gebiete der Geburtshilfe sich breit macht und zum Schaden der Hygiene zu einem zügellosen Concurrenzkampfe geführt hat — freilich wie die Faust auf's Auge. Kein Wunder daher, wenn die ersten Darlegungen desselben (Hebammen oder Diaconissen für Geburtshife" — 1884 und „Bauet Wöchnerinnen-Asyle". 1884) in ärztlichen Kreisen kein sonderliches Entgegenkommen und Verständniss, bei den Hebammen aber offene Feindschaft fanden. Auch Dr. Hucklenbroich musste 1881 bei seinem Bemühen, in Düsseldorf ein Wöchnerinnenasyl zu errichten, die gleiche betrübende Erfahrung machen. „Die Absicht Brennecke's ist in erster Linie die Reform des Hebammenwesens, und aus dem grossen Plane ist schliesslich eine kleine Entbindungsanstalt geworden, die, entgegen dem bisherigen Brauch, nur die Frauen der arbeitenden Klasse während der Wochenbettzeit aufnehmen, also aus dem Kreise ihrer Angehörigen entfernen will". Mit diesen für den Kern der Sache völlig verständnisslosen Worten begrüsste noch im Jahre 1888 die Berliner Klinische Wochenschrift das damals glücklich zum Leben geborene Magdeburger Wöchnerinnenasyl (Referat von J. Veit, Berl. Klin. Wochenschr. 1888. No. 32, pag. 651). Nun wohl! Parturiunt montes et nascitur ridiculus mus! Berge von Vorurtheilen, Missverständnissen, Engherzigkeit, Theilnahmlosigkeit und Uebelwollen galt es aller Orten zu überwinden, um dem Wöchnerinnenasyl und mit ihm einer Neugestaltung der geburtshilflichen Verhältnisse unseres Volkes freie Bahn zu schaffen. Und wenn auch die ersten Wöchnerinnenasyle unter den kümmerlichsten Verhältnissen als „ridiculus mus" ins Dasein traten, so bezeichnen sie doch den Anbruch einer neuen Epoche in der Geburts- und Wochenbett-Hygiene und sind für die Entwickelung der letzteren nicht minder bedeutungsvoll, als es die ersten in ihrer äusseren Erscheinung ebenso unscheinbaren geburtshilflichen Universitätskliniken um die Mitte des vorigen Jahrhunderts für die Entwickelung der geburtshilflichen Wissenschaft Deutschlands waren.

Zunächst waren es und sind es Frauenvereine, die den Gedanken der Wöchnerinnenasyle mit Eifer erfassten und ihn mit opferwilliger Hingabe hie und da zur Ausführung brachten. Eine wesentliche Förderung aber brachte den Wöchnerinnenasylen das sie befürwortende Eingreifen der Aerztekammer der Provinz Sachsen im Jahre 1888 und die sich

Dank Ministerialverfügung im Jahre 1889 daran anschliessende gutachtliche Erörterung dieser Frage in allen Aerztekammern und Medicinalcollegien des Königreichs Preussen. Und wenn sich auch damals nur die kleinere Hälfte der Aerztekammern dem Gedanken der Wöchnerinnenasyle zustimmend äusserte, so war es doch ein wesentlicher Gewinn dieser Verhandlungen, dass die Aufmerksamkeit der Aerzte und Behörden wieder einmal nachdrücklichst auf die Missstände des Hebammenwesens und die hygienischen Nothstände in den Wochenstuben der Armen gelenkt wurde. Als eine directe Frucht jener Verhandlungen darf nicht nur eine ganze Reihe sich seit 1888 neu aufthuender Wöchnerinnenasyle, sondern dürfen auch viele der seit jener Zeit rege gewordenen hygienischen Bestrebungen auf dem Gebiete der Hauspflege armer Wöchnerinnen bezeichnet werden. So wuchs allmählich das Interesse für Wöchnerinnenasyle und für eine geordnete Wöchnerinnenpflege derart, dass im Jahre 1896 der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege und in den Jahren 1896 und 97 der Deutsche Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit es an der Zeit hielten, sich eingehender mit jenen Fragen zu befassen. Damit sind diese Fragen und hygienischen Forderungen vor das Forum der Kreis- und Communalverwaltungen getreten und harren einer thatkräftigen Förderung seitens derselben. Was bisher erreicht wurde, mag die nachstehende Zusammenstellung der mir bekannt gewordenen Wöchnerinnenasyle Deutschlands zeigen:

| Nummer. | Ort. | Gegründet: im Jahre | Gegründet: aus den Mitteln | Zahl der Betten. | Zahl der Geburten im Jahre 1896. | Name des ärztlichen Directors. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Aachen | 1830 | eines Frauenvereins | 22 | 365 | Beaucamp. |
| 2. | Düsseldorf | 1882 | " " | 16 | 194 | Hucklenbroich. |
| 3. | Mannheim | 1887 | " " | 26 | 285 | Mermann. |
| 4. | Magdeburg | 1888 | " " | 8 | 118 | Brennecke. |
| 5. | Koeln | 1889 | " " | 21 | 390 | Ernst. |
| 6. | Elberfeld | 1890 | der Stadt | 14 | 161 | Rühle. |
| 7. | Bremen | 1890 | eines Frauenvereins | 20 | 343 | Kulenkampff. |
| 8. | Münch.-Gladbch. | 1892 | " " | 6 | 49 | Schrey. |
| 9. | Karlsruhe | 1892 | " " | 12 | 140 | Benckiser. |
| 10. | Dortmund | 1894 | der Stadt (Duden-Stiftung) | 18 | 147 | Clemens. |
| 11. | Ludwigsh. a. Rh. | 1894 | der Badischen Anilinfabrik | 8 | 83 | Westhoven. |
| 12. | Baden-Baden | 1895 | eines Frauenvereins | 5 | 28 | Oeffinger und Baumgaertner. |
| 13. | Barmen | 1895 | des Vaterländisch. Frauenvereins | 9 | 156 | Hueter. |
| 14. | Wiesbaden | 1896 | aus Privatmitteln | 9 | ? | Wehmer. |
| 15. | Berlin | 1897 | eines Frauenvereins | 25 | 270 | A. Martin. |
| 16. | Bromberg | 1898 | eines Frauenvereins | ? |  | Queissner. |
| 17. | Nürnberg | 1898 | des Vereins „Frauenwohl“ | ? |  | Simon. |

Zur Zeit in Gründung begriffen sind Wöchnerinnen-Asyle in:

| Nummer. | Ort. | Gegründet: im Jahre | Gegründet: aus den Mitteln | Zahl der Betten. | Zahl der Geburten im Jahre 1896. | Name des ärztlichen Directors. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Königsberg i. P. | | eines Frauenvereins | | | Sperling. |
| 2. | Essen | | der Stadt | | | ? |
| 3. | Düren | | Armen-Verein | | | Johnen. |

Behalten wir das vorhin kurz skizzirte Ziel der Entwickelung der Geburts- und Wochenbett-Hygiene im Auge, — ich meine das Ziel der Entwickelung zu einem grossen, einheitlich arbeitenden hygienischen Organismus, dessen Einzelorgane sich in wetteifernder Arbeit für das Sorgenkind aller Hygiene, für die Armuth, die Hand zu reichen lernen, — und prüfen wir, wie weit es den bisher ins Leben getretenen Wöchnerinnenasylen gelungen ist, uns diesem Ziele näher zu bringen, so müssen wir zwar bekennen, dass ein voll befriedigendes und mustergiltiges Resultat noch nirgends erreicht worden ist, wir dürfen aber behaupten, dass ein ernstes und bewusstes Ringen diesem Ziele zu sich Dank den Asylen an zahlreichen Orten entwickelt hat. Die Communalverwaltungen bringen den Wöchnerinnenasylen ein sichtlich wachsendes Interesse entgegen. Die überall verhältnissmässig schnell zu erheblicher Höhe angewachsene Frequenz der Anstalten hat es längst ausser Zweifel gestellt, dass sie einem hygienischen Bedürfniss entsprechen, und trotz des Schlagworts der Gegner „Die Frau gehört ins Haus!“ hat man sich immer entschiedener von ihrer Unentbehrlichkeit überzeugt und ihren Werth schätzen gelernt. Aus Wohlthätigkeitsanstalten, als welche sie ins Leben traten, haben sie sich schon heute im Bewusstsein der maassgebenden Kreise zu socialen Wohlfahrtsinstituten entwickelt, deren Unterstützung und Unterhaltung aus öffentlichen Mitteln im Interesse der Geburts- und Wochenbett-Hygiene geboten erscheint. Fast alle Asyle haben sich der Aufgabe unterzogen, Wochenpflegerinnen heranzubilden. Bedauerlicherweise aber hat man bisher nur in Mannheim und in Magdeburg dafür Sorge getragen, die ausgebildeten Pflegerinnen auf Grund bestimmter Satzungen zu einem genossenschaftlichen Verbande zusammenzuschliessen und sie dauernd unter der Leitung und im Dienste der Anstalt, als ihres Mutterhauses zu halten. Ich sage bedauerlicherweise, denn nur unter dem Schutze eines Verbandes, will es mir scheinen, können die geschulten Pflegerinnen vor Degeneration in der Praxis und vor pecuniärer Nothlage sichergestellt werden. Mir zugegangene Klagebriefe alleinstehender Wochenpflegerinnen aus allen Gegenden Deutschlands bestärken mich in dieser Auffassung. In allen

Wöchnerinnenasylen wird an dem Grundsatze festgehalten, nur Frauen aufzunehmen. Die Asyle wollen nicht in Concurrenz treten mit den geburtshilflichen Lehrinstituten, die von jeher wesentlich den unverehelichten Personen zur Aufnahme dienten, — sie wollen ergänzend in die grosse Lücke eintreten, die sich in der Fürsorge für Frauen fühlbar machte, — sie wollen den letzteren eine annehmbare, auch ihre sittlichen Gefühle schonende Zufluchtsstätte während der Geburt und des Wochenbetts bieten. Wesentlich Dank dieser Beschränkung haben die Wöchnerinnenasyle im Bewusstsein des Volkes schnell Wurzel gefasst und so werden sie schon heute getragen von dem gemeinsamen Interesse der Frauenvereine, der Städtischen Armenverwaltungen, der Wochenpflegerinnen und eines grossen Theiles der Aerzte. Verständnisslos und ablehnend steht nur noch der Hebammenstand in der überwiegenden Zahl seiner Mitglieder bei Seite und wirkt damit hemmend auf die Entwickelung nicht nur der Wöchnerinnenasyle, sondern der ganzen Geburts- und Wochenbett-Hygiene. Kein Wunder bei der bisherigen Verfassung des Hebammenwesens. Das niedrige Bildungsniveau und der beständige harte Kampf mit den materiellen Sorgen des Daseins ersticken bei der Mehrzahl der Hebammen das Interesse für die idealen, auf dem Gebiete der Hygiene liegenden Aufgaben ihres Berufs und lassen im heissen Concurrenzgedränge fast nur Sinn für die Geld- und Magenfrage übrig. Und da man selbst von ärztlicher Seite sich nicht entblödet hat, vor einigen Jahren auf dem Hamburger Congress der Vereinigung Deutscher Hebammen die Wöchnerinnenasyle, in Missachtung ihres wahren Werthes, den Hebammen als Concurrenz- und ärztliche Privat-Entbindungsanstalten hinzustellen, da auch die Hebammenschulen sich den Wöchnerinnenasylen gegenüber noch vielfach abwehrend verhalten, so haben die Hebammenvereine in den letzten Jahren eine förmliche Kampfesstellung gegen die Asyle eingenommen. Das klingt uns aus allen Berichten dieser Anstalten entgegen.

Auch das jüngst in Berlin gegründete Wöchnerinnenheim macht schon die gleiche Erfahrung. Wie die Allgemeine Deutsche Hebammenzeitung vom 15. November 1897 berichtet, „sprach Herr Professor Martin im Berliner Hebammenverein über die Entwickelung des Berliner Wöchnerinnenheims anschliessend an eine Beschwerde seitens des Vereins Berliner Hebammen. Am Schlusse seiner Ausführungen gab der Herr Referent die Versicherung, dass in Zukunft nur armen heimlosen Müttern die Pforten des Wöchnerinnenheims offen stehen sollten. Im Namen des Vereins erklärte sich damit die Vorsitzende einverstanden, indem sie versicherte, dass es sonst den Berliner Hebammen unmöglich sein würde, das Wöchnerinnenheim zu empfehlen, da ohne die zahlende arme Bevölkerung zwei Drittel der Berliner Hebammen einfach nicht bestehen könnten. Die Berliner Hebammenschaft müsse dies betonen, da man mit dem Gedanken umgehe, in allen Stadtvierteln Wöchnerinnenheime zu errichten. Das würde, unter der Voraussetzung, dass zahlende Mütter dort aufgenommen würden, mit dem Ruin der

Berliner Hebammenschaft gleichbedeutend sein. Andererseits gönnten alle Berliner Hebammen den zahlreichen völlig verarmten Müttern die sorgsame Behandlung und Verpflegung im Wöchnerinnenheim. Herr Professor Martin erklärte sich mit dieser Begründung einverstanden und bemerkte nochmals, dass es dem Verein „Wöchnerinnenheim“ gänzlich fernliege, irgend einen Berufsstand zu schädigen. Damit ist der Frieden hergestellt, und die Vereinsmitglieder werden die nothleidenden Mütter dem Heim zusenden, so lange die gegebenen Versprechungen vom Verein „Wöchnerinnenheim“ gehalten werden“. — Der Schlusssatz im Verein mit den in anderen Städten gemachten Erfahrungen lässt erkennen, was von dem „Frieden“ zu halten ist. Der Berliner Hebammenstand maasst sich an, der öffentlichen Wohlfahrt Schranken zu ziehen, die Grenzen der Bedürftigkeit, bis zu welchen den Frauen der Eintritt in das Wöchnerinnenheim gestattet sein soll, bestimmen zu wollen, — er kündigt Krieg dem Wöchnerinnenheim an, sobald diese von ihm vorgeschriebenen Grenzen nicht eingehalten werden sollten! Der Berliner Hebammenstand stellt somit rücksichtslos das eigene Wohl über das Gemeinwohl. Denn dass viele jener neidisch von den Hebammen noch für sich in Anspruch genommenen zahlenden ärmeren Frauen unendlich viel besser unter dem Schutz des Wöchnerinnenheims, als daheim unter der Pflege einer Hebamme aufgehoben wären, wird selbst der Berliner Hebammenverein nicht leugnen können. Die unheilvollen Consequenzen der freien Concurrenz im Hebammengewerbe treten hier in krasser Beleuchtung zu Tage!

Hart stossen die vermeintlich gefährdeten Sonderinteressen des Hebammenstandes und die Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege im Wöchnerinnenasyl auf einander. Wie wird der Kampf enden? Wie und wo ist ein Ausgleich zu finden? Da die Wöchnerinnenasyle mit Naturnothwendigkeit aus dem Bedürfniss erwachsene sociale Wohlfahrtsanstalten sind, so unterliegt es keinem Zweifel, dass sie sich trotz aller Anfeindung der Hebammen und mancher Aerzte stetig und unaufhaltsam weiter entwickeln werden. Immer entschiedener wird es sich zeigen, dass nicht die Wöchnerinnenheime, sondern das sich im Concurrenzgetriebe aufreibende und depravirende Hebammenwesen vom Uebel sind, und je mehr sich in den Städten Wöchnerinnenasyle erheben, um so dringender und um so selbstverständlicher erhebt sich mit ihnen die Forderung nach einer Reform eben dieses die Wirksamkeit der Asyle lähmenden und die Hygiene schädigenden Hebammenwesens, — nach einer Reform, die einen Geburtshelferinnenstand schafft, der fähig und willig ist, an den Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken, der neidlos und ohne Furcht vor Concurrenz zu den Wöchnerinnenheimen als zu segensreichen, auch ihn selbst fördernden Instituten aufzublicken vermag. Die Zeit wird kommen, da die Wöchnerinnenasyle, als Centren der Geburts- und Wochenbettshygiene erfasst, auch mit dem heutigen Hebammenwesen werden abzurechnen haben. Dann wird es sich zeigen, dass das ursprünglich so kleine und unansehnliche

Wöchnerinnenheim schliesslich doch den grossen Plan — die Reform des Hebammenwesens oder richtiger die Reform der gesammen Geburts- und Wochbett-Hygiene — durchzuführen die Kraft hatte!

Einstweilen aber werden die Wöchnerinnenasyle sich mit dem derzeitigen Hebammenstande abzufinden haben, so gut oder so schlecht es eben geht. Als Institute, die auch dem Hebammenstande helfend und fördernd zu Gute kommen wollen, sollten sie alles vermeiden, was den zur Zeit nun einmal auf Erwerb von Fall zu Fall angewiesenen Hebammen den mindesten Anlass zur Klage über schädigende Concurrenz bieten könnte. Ich halte es für bedauerlich und für unrecht, dass die Mehrzahl der jetzigen Wöchnerinnenasyle sich principiell den Hebammen verschliesst. Die Anstalten gehen dadurch der Möglichkeit verlustig, bessernd und fortbildend auf den Hebammenstand einzuwirken, sie verlieren mithin direct an Werth für die Geburts- und Wochenbett-Hygiene. Einen zureichenden Grund zu jenem von mir beklagten Verhalten der meisten Asyle vermag ich weder in der bis heute ablehnenden Haltung der Hebammen, noch auch in der Furcht vor erhöhter Infectionsgefahr für die Anstaltspfleglinge anzuerkennen. Nur Aachen Dortmund und Magdeburg machen eine Ausnahme und halten an dem Grundsatze fest, dass es jeder Hebamme der Stadt freistehen soll, mit ihrer bedürftigen Klientel in das Asyl zu flüchten, um hier unter Ueberwachung der Oberin gegen ein angemessenes Honorar die Entbindung selbst zu leiten. Freilich hat auch diese, wie man meinen sollte, für verständnissvolle Hebammen geradezu lockende Einrichtung es noch nicht vermocht, die tiefe, durch Agitation[1]) geschürte Abneigung der Hebammen gegen das Asyl zu überwinden. Nur vereinzelte haben den Werth einer solchen Hilfe erfasst und sind zu freudigen Mitarbeiterinnen an den Auf-

---

[1]) Sehr bezeichnend schreibt die als Agitatorin in weiteren Kreisen bekannte Berliner Hebamme, Frau Olga Gebauer, unter dem 15. Juli 1898 in der „Allgemeinen Deutschen Hebammen-Zeitung: „Es ist selbstverständlich, dass wir Alle danach trachten, dass die sämmtlichen Hebammen Magdeburg's Mitglieder des „Neuen Magdeburger Hebammenvereins" werden." (Letzterer wurde vor 2—3 Jahren in's Leben gerufen in der Absicht, den alten seit 10 Jahren in Anlehnung an das Wöchnerinnen-Asyl bestehenden Hebammen-Verein zu sprengen, und erfreut sich der Unterstützung und Leitung der Magdeburger Hebammenlehranstalt.) „Wir sehen in den Leitern dieses Vereins Schutz für das durch das dortige Wöchnerinnen-Asyl bedrohte Erwerbsleben der Hebammen. Denn das Asyl träumt bereits von der nicht mehr fernen Zukunft, wo 20 pCt. aller Kreissenden in Wöchnerinnenheimen entbunden werden. Wir aber haben keine Lust an der Ausrottung unseres Standes mitzuarbeiten, sondern nur an der allseitigen Verbesserung desselben, damit es nicht nöthig wird, dass deutsche Mütter vor unzulänglich ausgebildeten Hebammen in die Wöchnerinnenheime flüchten müssen." So wird unter Entstellung der wahren Sachlage in den Hebammenkreisen gegen das Wöchnerinnen-Asyl Stimmung gemacht. Und bedauerlich ist es, dass solche Wühlereien anscheinend noch immer Rückhalt und Unterstützung an geburtshilflichen Lehranstalten finden können. Wann endlich wird ein gesunder socialer Sinn die engherzige Sonderinteressen-Politik zum Schweigen bringen?!

gaben der Hygiene geworden, — die Mehrzahl der Hebammen meidet auch noch in Magdeburg das Asyl und stemmt sich dagegen. Gut Ding will Weile haben.

### 5. Familienpflege.

Schon im Jahre 1888 wies ich nachdrücklichst darauf hin, dass die Wöchnerinnenasyle ihre segensreiche Wirksamkeit nur dann in vollem Umfange würden entfalten können, wenn die sie unterhaltenden Frauenvereine sich die Fürsorge auch für die verlassene Familie der Anstaltspfleglinge würden angelegen sein lassen. (Die sociale und geburtshilflich-reformatorische Bedeutung der Wöchnerinnenasyle. — Magdeburg — Faber. 1888.) Ich empfahl zuverlässige ältere Frauen in die Dienste der Vereine zu stellen, die als „Familienpflegerinnen“ den verlassenen Haushalt unserer Pfleglinge führen sollten. Dass ohne diese ergänzende Hilfe der Frauenvereine eine grosse Menge bedürftiger Frauen sich durch die berechtigte Sorge um ihre Familie von der im Asyl gebotenen, wenn auch noch so erwünschten Hilfe würden fern halten lassen, lag ja klar auf der Hand. Leider ist es mir aber nicht gelungen, diesen Gedanken, trotz wiederholter Anregung, bisher in ausgiebiger Weise zur That werden zu lassen. Nur ganz vereinzelt wird er zur Ausführung gebracht. So bleibt uns denn in Magdeburg — und, soweit ich aus den Berichten der übrigen Asyle ersehe, auch in anderen Städten — noch eine grosse Lücke auszufüllen.

Um so erfreulicher ist es, dass jener Gedanke durch Entsendung von „Familienpflegerinnen“ dem Nothstand entgegenzutreten, welcher sich in unbemittelten Familien nicht nur bei Abwesenheit, sondern auch bei Arbeitsunfähigkeit der Frauen im Wochenbett oder bei Krankheiten durch Niedergang des Haushalts entwickelt, seit dem Jahre 1892 in Frankfurt a. M. sich in selbständiger Weise entwickelt und zur Bildung eines eigenartigen „Hauspflegevereins“ Anlass gegeben hat. Erwägungen wirthschaftlicher und hygienischer Art liessen den Verein am 1. November 1892 ins Leben treten. Zweck und Organisation desselben wird im ersten Jahresbericht (Jahresbericht des Hauspflegevereins zu Frankfurt a. M. 1894 Buchdruckerei von Söllbach) wie folgt geschildert: „Der Zweck unseres Vereins ist der, die Verwaltung des Hauswesens, die Hauspflege, in Nothfällen zu übernehmen. In erster Linie soll dies bei Wochenbetten, ausserdem, wo nicht Diaconissen oder barmherzige Schwestern die Hauspflege übernehmen, bei Krankheitsfällen und vor allem auch dann geschehen, wenn die Hausfrau zum Zwecke einer vorzunehmenden Operation oder eines Curaufenthaltes aus ihrem Hauswesen entfernt werden muss. Das Bedürfniss einer Hauspflege geht weiter als es vielleicht die Mehrzahl der zu der besser situirten Minderheit gehörenden zu ermessen vermag. Nur die wenigsten werden ein Bild davon haben, welche Zustände in dem Haushalte des unbemittelten Arbeiters, des kleinen Be-

amten sich aus dem Mangel an Pflege entwickeln.“ Nach treffender Schilderung dieser Zustände unter Hinweis auf die Nothlage einer Wöchnerin, die unter den obwaltenden Verhältnissen einfach gezwungen wird, schon wenige Tage nach der Niederkunft die häusliche Arbeit wieder aufzunehmen, und nach Darlegung eines Haushaltungsbuches einer Arbeiterfamilie von 5 Köpfen, welches zur Evidenz zeigt, dass es der Familie aus eigenen Mitteln unmöglich ist, Hilfe zu schaffen, fährt der Bericht fort: „Wer die hier gegebenen Daten unbefangen prüft, wird zugeben, dass hier im Interesse der sittlichen und physischen Unterhaltung des Familienstandes ein Bedürfniss vorliegt, das aus eigenen Kräften nicht befriedigt werden kann. Der Lohn des Arbeiters, der Gehalt des kleinen Beamten, knapp genug für normale Zeiten kann zur Deckung dieser ausserordentlichen Bedürfnisse nicht ausreichen. Deren Befriedigung ist eine Aufgabe der Gesellschaft gegenüber ihren weniger bemittelten Gliedern. Und ist deren Lösung eine dringend nothwendige für das Wochenbett, das doch einen dem normalen Lebensgang angehörigen Vorgang bildet, so ist sie gewiss nicht minder erstrebenswerth für die ausserordentlichen Katastrophen, durch welche Krankheiten den Lebenslauf erschüttern. Wir stellen uns zur Aufgabe, hier einzutreten, bis vielleicht in späterer Zeit staatliche Organisationen das zu erreichen vermögen, was wir jetzt erstreben. Nicht Wohlthätigkeit gegenüber hilfesuchender Armuth ist unsere Aufgabe; wir wollen ein berechtigtes Bedürfniss befriedigen; wir wollen einen socialen Schaden ausgleichen, indem wir durch die Aufrechthaltung der Hauspflege auch der Frau des Arbeiters die Möglichkeit geben, gesund und stark zu eigenem Nutzen und zum Nutzen ihrer heranwachsenden Kinder aus dem Wochenbett und aus Krankheiten hervorzugehen.“

„Um den hier geschilderten Zielen gerecht zu werden, musste eine dem Zweck entsprechende Organisation geschaffen werden. In erster Linie war es nöthig, geeignete Pflegerinnen zu gewinnen. Als solche konnten von vornherein nur ältere zuverlässige Frauen in Aussicht genommen werden. — — — — Die Thätigkeit derselben haben wir dahin geordnet, dass dieselben alle Hausarbeiten, welche unter gewöhnlichen Verhältnissen der Hausfrau obliegen, zu erfüllen haben. Ein denselben mitgegebenes, von der Verpflegten zu unterzeichnendes Formular giebt Letzterer Auskunft über die Ansprüche, welche sie an die Pflegefrau zu stellen hat. — — — Wochen- und Krankenpflege bleiben Sache der Hebamme bezw. Diaconissin. Den Pflegefrauen wird genau die Zeit vorgeschrieben, welche sie in dem verpflegten Haushalt zuzubringen haben. Nur ausnahmsweise (bei Beamten, die Nachtdienst verrichten etc.) dürfen dieselben die Nacht dort verweilen. Es soll der Mann mit Schluss seiner Arbeitszeit ins Haus zurückkommen und nicht durch die Anwesenheit der Pflegefrau einen Vorwand haben, seine Familie zu vernachlässigen. — — — Bezüglich der Verköstigung der Pflegefrau haben wir es zur Regel gemacht, bei gänzlich Unbemittelten dieselbe mit der Familie möglichst zu verbinden. Es sollte vermieden werden, dass die Pflegefrau für

sich allein extra kocht. Denselben Lebensverhältnissen angehörig wie die Verpflegten, soll sie deren Lebensweise nach Möglichkeit theilen. Wo also die Mittel der Verpflegten die Verköstigung der Pflegefrau nicht erlauben, erhält diese vom Verein einen kleinen Beitrag (bis zu 80 Pf.), welchen sie in den Haushalt der verpflegten Familie einzuschiessen hat. — — — — Die Pflegefrauen unterstehen der Aufsicht der controlirenden Damen. Letztere besuchen während der Pflegezeit, die in der Regel auf 10 Tage normirt ist, zwei bis dreimal den verpflegten Hausstand etc. — Die Organisation des Vereins wird vervollständigt durch Einrichtungen, welche eine möglichst gerechte Wahl der zu Verpflegenden erstreben etc."

Der nach diesen Grundsätzen arbeitende Frankfurter Hauspflegeverein hat sich innerhalb weniger Jahre glanzvoll entwickelt. Schon im ersten Jahre wurden 264, im zweiten 401, im dritten 494, und im letzten Jahre 586 Familien von ihm verpflegt. In weitaus der Mehrzahl der Fälle (367 mal im letzten Jahre) gab das Wochenbett den Anlass zu seinem Wirken. Der Frankfurter Hauspflegeverein hat sich damit das grosse Verdienst erworben, die zur Pflege armer Wöchnerinnen in ganz Deutschland seit Beginn unseres Jahrhunderts thätigen Frauenvereine zu einer Arbeit wachzurufen, die weit über das Maass dessen hinausgreift, was dieselben bisher als ihre Aufgabe zu betrachten gewohnt waren.[1]) Waren es bislang Freundlichkeiten und Almosen, die den armen Wöchnerinnen in Gestalt von Kinderzeug, einiger Wäsche, Kohlen und Suppen aus einem verschwommenen Drang zur Bethätigung der Nächstenliebe gewährt wurden, so sehen wir hier einen Frauenverein in klarer Erkenntniss der wirthschaftlichen und hygienischen Nothstände thatkräftig eingreifen und mit einfachen Mitteln zielbewusst eine Fülle von Segen verbreiten. Schon jetzt hat der Frankfurter Hauspflegeverein die wohlverdiente Nachachtung in einer Reihe von anderen Städten — Berlin, Breslau, Gotha, Cassel — gefunden. Auch in Magdeburg sind wir an der Arbeit. Der deutsche Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit ist 1896 und 97 auf seinen Congressen in Strassburg und Kiel warm für die Organisation der Hauspflege im Sinne des Frankfurter Vereins eingetreten. Selbst in ländlichen Bezirken (Donaueschingen) haben diese Bestrebungen in erfreulichster Weise schon festen Fnss gefasst, und es kann nach alledem keinem Zweifel unterliegen, dass der Aufbesserung der Frauenpflege — speciell der Wochenbetts-Hygiene — ganz Deutschlands ein mächtiger Impuls von Frankfurt aus zu Theil geworden ist. Fügt man dem Frankfurter Programm noch die kleine Ergänzung hinzu, — wie es auch auf dem diesjährigen Kieler Congress des Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit geschehen, — dass im

---

[1]) Das Programm des Frankfurter Hauspflegevereins findet sich übrigens, wie nicht unerwähnt bleiben mag, schon klipp und klar entwickelt von Berthold Auerbach im dritten Bande seiner „Schwarzwälder Dorfgeschichten — Die Frau Professorin —" pag. 40 und 41. — Stuttgart. Cotta. 1861.

Fall der Erkrankung einer Wöchnerin die „Familienpflegerin“ durch eine „geschulte Wochenpflegerin“ zu ersetzen ist, so würde damit in der That die Wochenbettshygiene im häuslichen Betrieb der Geburtshilfe auf ein Niveau gehoben sein, wie man es vollkommener kaum wünschen kann.

Dass diese Bestrebungen sich auf das engste mit den schon entwickelten Zielen der Wöchnerinnen-Asyle berühren, leuchtet ohne weiteres ein. Oder sollten gar beide einander ausschliessen und sich als Gegensätze befehden müssen? Sollte es heissen müssen, „hie Anstaltspflege, — hie Hauspflege!“? Wer unbefangen ist und nur von dem einen Wunsche beseelt, die vielfachen Mängel und grossen Missstände unserer heutigen Geburtshilfe und Wochenbettspflege zu beseitigen, der wird alsbald zu der Ueberzeugung gelangen müssen, dass nicht von einem Gegeneinander, sondern nur von einem Mit- und Füreinander der beiden Bestrebungen die Rede sein kann. Die Wöchnerinnen-Asyle brennen nicht darauf, in die wohlgeordneten Verhältnisse eines behaglichen Hausstandes irgendwie störend eingreifen zu wollen. Mag aber immerhin durch eine organisirte Hauspflege im Sinne des Frankfurter Vereins eine grosse Zahl von Frauen die Möglichkeit gewinnen, selbst unter ärmlichen Verhältnissen in einer den Forderungen der Hygiene entsprechenden Weise Geburt und Wochenbett im Schoosse der Familie abzuwarten, — so wird doch immer und allerorten eine wahrlich nicht zu unterschätzende Schaar von Frauen übrig bleiben, die wegen gefahrdrohender Störungen des Geburtsverlaufs, wegen der Trostlosigkeit ihrer Wohnungsverhältnisse, aus hygienischen und ethischen Gründen aller Art der Hülfe und des Schutzes eines Wöchnerinnen-Asyls nicht werden entrathen können. Sie alle mit den ausserehelich Geschwängerten auf die Hülfe der zur Zeit vorhandenen geburtshilflichen Lehranstalten zu verweisen, ist zwar bequem, entspricht aber durchaus nicht den berechtigten Empfindungen der deutschen Frauenwelt. Auch darüber kann doch kein Zweifel bestehen, dass die Hauspflege immer nur einseitig den Schädigungen entgegenzutreten vermag, die aus vernachlässigter Wochenpflege entsprangen, dass die Anstaltspflege aber den Kampf auf der ganzen Linie aufnimmt, dass sie nicht nur fürs Wochenbett sondern auch für die Geburt günstige Verhältnisse zu schaffen bestrebt ist, dass sie hinweghilft auch über die weit grösseren Gefahren, welche bei der Unverlässlichkeit unseres Hebammenwesens und bei den durch die häuslichen Verhältnisse bedingten Schwierigkeiten aller Art gerade die Frauen der ärmeren Volksschichten in den Stunden der Geburt in reichem Maasse umlauern. Wenn nun jüngst auf dem Kieler Congress des D. V. f. A. u. W. der Referent, Medicinalrath Hauser, unter Anerkennung des Wöchnerinnen-Asyls als „eines unserer Zeit und ihren Bedürfnissen entsprechenden Institutes für Städte und für die Industriecentren mit zahlreicher Arbeiterbevölkerung“ dennoch den Gedanken einer Verallgemeinerung der Asyle als aussichtslos, ja — bei der eigenthümlichen Beleuchtung, die er ihm zu geben wusste — fast als utopistisch glaubte hinstellen zu

dürfen, — wenn Hauser meinte, geradezu zwei verschiedene Wege statuiren zu dürfen, die uns zur Erreichung des grossen Zieles der Erhaltung der Gesundheit des Frauengeschlechts zur Wahl stünden, — wenn er meinte, der eine Weg bestehe in der auf legislativem Wege zu fördernden Errichtung zahlreicher Wöchnerinnen-Asyle, er sei zu kostspielig, dazu unsicher im Erfolg und deshalb nicht gangbar, der andere Weg hingegen bestehe in der „Organisirung einer geordneten und geschulten Wochenbettpflege für Stadt und Land nach und mit wesentlicher Umgestaltung unserer Hebammenverhältnisse“ und sei leicht gangbar, — so muss ich ausdrücklich Verwahrung dagegen einlegen, als sei die von Hauser gegebene Schilderung (Schriften des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit. — XXX. Heft. — Leipzig. — 1897. Duncker und Humblot.) der Art und Weise, wie man durch Wöchnerinnen-Asyle eine Neugestaltung der Geburts- und Wochenbetts-Hygiene herbeizuführen hofft, auch nur im mindesten meinen eigenen Gedanken darüber conform, — ich bin aber ganz mit Hauser einverstanden und es entspricht durchaus meinen langjährigen Wünschen und Bestrebungen, wenn er befürwortet, zunächst den „zweiten“ von ihm gezeichneten Weg zu gehen. Nur glaube ich überzeugt sein zu dürfen, dass dieser sogenannte „zweite“ Weg kein anderer als der auch von den Wöchnerinnen-Asylen gewiesene ist. Es giebt eben in Wahrheit nur einen Weg zur vollen Erreichung unseres Zieles! — Die Reform des Hebammenwesens und die Organisation der Hauspflege bezeichnen wichtige und nothwendige Etappen auf diesem Wege, die Wöchnerinnen-Asyle aber stehen am Ende und auf der Höhe desselben! Man fange nur allerorten an, sich ernstlich um die Nothstände in den Geburts- und Wochenzimmern unseres Volkes zu kümmern, man betrete jenen „zweiten“ Weg, man organisire das Hebammenwesen und die Hauspflege, — und das hygienisch geschärfte Gewissen wird früher oder später überall, auch auf dem Lande, sich plötzlich vor der Forderung der Wöchnerinnen-Asyle stehend finden und ihr nicht mehr auszuweichen vermögen. Einander ergänzend haben Hauspflegeverein und Wöchnerinnen-Asyl zu arbeiten. Als organische Einheit müssen sie sich fühlen lernen.

Noch muss ich in Kürze eines Institutes gedenken, das segensreich wirkend unter den Entbindungsanstalten Deutschlands eine ganz eigenartige Stellung einnimmt. Das „Versorgungshaus“ von Fräulein Lungstras in Bonn im Jahre 1873 begründet, nimmt erstgefallene Mädchen auf, pflegt sie in der Schwangerschaft, während der Entbindung und im Wochenbett und kümmert sich in eingehender Weise auch um die Zukunft aller seiner Pfleglinge —, der Mütter wie der Kinder, — sorgfältig vor allem deren sittliches Wohl erwägend und im Auge behaltend. Es handelt sich mithin um eine unter dem Gesichtspunkt nicht sowohl der somatischen, als vielmehr der psychischen Hygiene ins Leben getretene Schöpfung, um eine Schöpfung christlicher Liebe, der man bei dem beklagenswerthen Loos so vieler erstgefallener Mädchen nur von

Herzen wünschen kann, dass sie den Anstoss zu gleichem Vorgehen in allen Gegenden Deutschlands geben möge. Es würde dankenswerth sein, wenn durch solche von einem vornehmen Geist getragene Schöpfungen dem Unwesen zahlreicher kleiner Privat-Entbindungs-Anstalten gesteuert werden könnte, die der Noth und Verlegenheit ausserehelich geschwängerter Personen nur zu oft einen mehr als fragwürdigen Unterschlupf gewähren. (In Hamburg existiren nicht weniger als 66 Privat-Entbindungs-Anstalten mit zusammen 122 Betten. Aehnliche Verhältnisse finden sich auch in anderen Grossstädten.)

## 6. Vorschläge.

Auf Grund der bisherigen Darlegungen, die uns ein Bild von dem ganzen Entwicklungsgang und von der in den letzten Jahrzehnten wieder lebhafter wogenden Gährung auf dem Gebiete der Frauenpflege entworfen haben, — auf Grund dieser Darlegungen ergeben sich die Richtlinien, nach welchen hin die Geburts- und Wochenbetts-Hygiene unserer Zeit sich zu höherer Vollkommenheit zu entwickeln bestrebt ist, gewissermaassen von selbst. Es erübrigt also für mich nur noch in Kürze die Punkte hervorzuheben, an welchen meines Erachtens die Gesetzgebung wird einzusetzen haben, um eine ruhige und stetige Fortentwickelung im Sinne jener Richtlinien zu ermöglichen. (Die hier gebrachten Vorschläge lehnen sich auf das engste an die „Grundzüge einer Reform der geburtshilflichen Ordnung im Preussischen Staate“ an, die ich am 29. April 1897 der Aerztekammer der Provinz Sachsen vorgelegt habe. — Zur Zeit noch einer Commission zur Berathung überwiesen, werden sie erst im Frühjahr 1898 in der Kammer zur Beschlussfassung gelangen.)

Auf gesetzlichem Wege ist:

I. eine Umgestaltung des Hebammenwesens herbeizuführen. Es gilt im wesentlichen Verhältnisse zu schaffen, die geeignet sind, dem Hebammenberufe moralisch- und intellektuell-reifere Kräfte als bisher zuzuführen.

Zu dem Zweck bedarf grundsätzlicher Aenderung:

### A) Das Hebammenschulwesen.

In jeder Provinz sind eine oder höchstens zwei grössere Hebammen-Lehranstalten zu unterhalten. Durch Gewährung unentgeltlicher Pflege und sonstiger Unterstützung der Schwangeren ist für Heranziehung reichlichen Lehrmaterials Sorge zu tragen. Das Lehrpersonal (der ärztliche Direktor und je nach Grösse der Anstalt 1 oder 2 Aerzte als Hebammenlehrer, 1 oder 2 Ober-Hebammen) ist derart zu honoriren, dass es ausschliesslich dem Lehrberuf leben kann. Dem Direktor und den Hebammenlehrern ist nebenher nur consultative Praxis zu gestatten. Die Dauer des Lehrcursus ist in sämmtlichen Lehranstalten auf ein Jahr zu bemessen. Sämmtliche Anstalten haben den Schülerinnen die gleichen Aufnahme-Bedingungen in Beziehung auf Kost und Lehrgeld zu gewähren. Auf Wohnlichkeit der für die Schülerinnen bestimmten Räume ist mehr

als bisher Bedacht zu nehmen. Der bisher vielfach übliche Kasernen- und Schlafsaal-Typus ist zu meiden und hat dem System kleinerer, für je einige wenige Schülerinnen bestimmter Wohn- und Schlafräume Platz zu machen. Es ist soweit möglich, darauf zu sehen, dass die Kosten des Lehrcursus (Kost- und Lehrgeld) von den Schülerinnen selbst getragen werden. Für unbemittelte und besonders fähige Schülerinnen sind in jeder Lehranstalt Freistellen offen zu halten. Das bisher übliche Präsentationsrecht der Gemeinden und Gutsbezirke ist aufzuheben. Die Entschliessung der Schülerinnen zum Eintritt in die Lehranstalt muss durchaus ein Act freier Selbstbestimmung und Folge wirklicher Neigung zum Beruf sein. Es empfiehlt sich alljährlich nur eine bestimmte, dem durch Tod, Invalidität etc. bedingten Ausfall an Hebammen entsprechende Zahl von Schülerinnen in den Lehranstalten zuzulassen. Zur Theilnahme am Hebammen-Lehrcursus muss jede Frau und jedes Mädchen im Alter von 20 bis 30 Jahren berechtigt sein, welche bei sittlicher Unbescholtenheit ihre körperliche wie geistige Qualification darzuthun vermag. Personen im Alter von mehr als 30 Jahren bedürfen besonderer ministerieller Erlaubniss. Die geistige Qualification gilt durch erfolgreiche Absolvirung einer mittleren oder der einer höheren Töchterschule für erwiesen. Bei minderwerthiger Schulbildung ist die Zulassung zur Hebammenschule abhängig zu machen von dem Ergebniss einer gründlichen Vorprüfung, welcher sich die Aspirantinnen vor dem Rector einer mittleren Töchterschule im Beisein eines Kreisphysicus und des Hebammenschuldirektors zu unterziehen haben. Dem letzteren muss es frei stehen, die in den ersten acht Wochen des Lehrcursus sich als untauglich erweisenden Schülerinnen zu entlassen und die so entstandenen Vacanzen aus der Zahl der noch vorhandenen Bewerberinnen nachträglich zu ergänzen. Schülerinnen, welche die Staatsprüfung nicht bestehen, dürfen nur nach Wiederholung eines vollen Cursus zum zweiten Male zur Staatsprüfung zugelassen werden. Sämmtliche Hebammenlehranstalten unterstehen der Beaufsichtigung und Controle eines vom Minister zu ernennenden Medicinalbeamten, unter dessen Leitung am Schlusse des Schulcursus die Staatsprüfung der Schülerinnen in sämmtlichen Anstalten nach den zu treffenden Bestimmungen stattzufinden hat.

Einer grundsätzlichen Aenderung bedarf

B) die Anstellung und Stellung der Hebammen.

Jeder Kreis der Monarchie ist unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse in eine bestimmte Zahl von Hebammenbezirken einzutheilen. Die Bezirke sind so gross zu bemessen, dass die Arbeitskraft einer Hebamme voll in Anspruch genommen wird. Sämmtliche Hebammen sind als Bezirkshebammen anzustellen. Das Recht zur Ausübung der geburtshilflichen Praxis wird nicht ohne weiteres mit der Absolvirung der Staatsprüfung erworben, sondern ist abhängig zu machen von der förmlichen Anstellung als Hebamme in einem bestimmten Bezirke seitens der dazu befugten Behörde. Candidatinnen des Hebammenstandes, welche

länger als ein Jahr nach Absolvirung der Staatsprüfung ohne Anstellung bleiben, sind berechtigt und verpflichtet, alljährlich 6 Wochen lang unentgeltlich an den Lehrcursen und praktischen Uebungen in der Hebammenlehranstalt theilzunehmen, wofern sie nicht den Nachweis liefern, dass sie durch Thätigkeit an Wöchnerinnenasylen, an communalen oder privaten Entbindungsanstalten, oder in officieller Vertretung erkrankter Bezirkshebammen etc. ihre geburtshilflichen Kenntnisse und Fertigkeiten frisch erhielten. Sie werden zu diesen Nachcursen vom Hebammenschuldirector einberufen. Bei eintretender Vacanz in einem Hebammenbezirke erfolgt die Anstellung der Hebamme auf Vorschlag des zuständigen Kreisphysikus aus der Zahl der vom Hebammenschuldirector zu präsentirenden Candidatinnen durch Vereidigung vor dem Königl. Landrathsamte. Jeder Bezirkshebamme ist in den Städten ein Mindesteinkommen von jährlich 900 Mk., auf dem platten Lande ein solches von 700 Mk. (entsprechend den Einkommensverhältnissen der Lehrerinnen) zu garantiren. Von drei zu drei Jahren steigt das garantirte Einkommen um 50 Mk., in den Städten bis zum Maximalbetrage von 1200 Mk., auf dem Lande bis 900 Mk. Den Armen ihres Bezirks hat die Hebamme unentgeltlich Hilfe zu leisten. Bleiben die Erträgnisse der sonstigen Praxis, welche zu buchen die Hebamme verpflichtet ist, unter dem garantirten Jahresminimum, so ist der Fehlbetrag aus öffentlichen Mitteln zu decken. Den Hebammen ist eine neue, den erhöhten Anforderungen an ihre Vorbildung, den Mühen und der Verantwortlichkeit ihres Berufs entsprechende Gebührentaxe zu bewilligen. Für Alters- und Invaliditätsversorgung ist in auskömmlicher Weise gesetzlich Sorge zu tragen. Die Hebammen je eines Kreises bilden einen Verband nach Maassgabe besonders zu erlassender Bestimmungen, behufs wissenschaftlicher Fortbildung und Erörterung von Standesfragen und Berufsangelegenheiten aller Art. Der Kreisphysikus hat als nächster Vorgesetzter der Hebammen die Controle über deren Berufsthätigkeit zu üben. Es muss ihm das Recht zustehen, sich in besonderen Fällen durch einen praktischen Arzt (Aufsichtsarzt) vertreten zu lassen. Die Pflichten der Hebammen werden durch das landesübliche Hebammenlehrbuch und durch besondere Dienstvorschriften näher geregelt.

Die vorstehend empfohlene grundsätzliche Aenderung des Hebammenwesens (die sich übrigens in einzelnen, die Stellung und Anstellung der Hebammen betreffenden Forderungen auf Einrichtungen stützt, die sich im Königreich Sachsen und im Grossherzogthum Mecklenburg bereits bewährt haben), legt auch eine Namensänderung desselben nahe. Es empfiehlt sich, vielleicht an Stelle des Titels „Hebamme“ in Zukunft die Bezeichnung „Frauenschwester“ einzuführen. Der Hebammenstand soll die Stellung und den Adel eines geburtshilflichen Schwesternstandes zu erringen suchen!

So gewiss durch eine Organisation des Hebammenwesens im vorgedachten Sinne es gelingen wird, das ganze Land allmählich mit tüchtigeren und zuverlässigeren Hebammen als bisher auszurüsten, so gewiss

wird doch hierdurch allein den in den Geburts- und Wochenstuben breiter Volksschichten herrschenden hygienischen und social-ethischen Missständen nicht abgeholfen werden können. Zur Bekämpfung auch dieser Missstände ist auf gesetzlichem Wege:

II. Die Organisation des Helferinnendienstes der Frauenvereine etwa nach folgenden Richtlinien anzustreben.

Die Mitarbeit der Frauen an den Aufgaben der Geburts- und Wochenbetthygiene ist grundsätzlich zu einer staatlich geregelten Pflicht zu erheben. In jedem Kreise hat das Königl. Landrathsamt eine über den ganzen Kreis verzweigte Frauen-Genossenschaft zu organisiren, welcher die specielle Aufgabe zufällt, in Anlehnung an die Kreis- bezw. Orts-Armenverwaltung den geburts- und wochenbetthygienischen Nothständen in geeigneter Weise vorzubeugen. Rechte und Pflichten der Genossenschaftsmitglieder sind durch besondere Satzungen zu regeln. In jedem Hebammenbezirke — oder falls mehrere Ortschaften einem Hebammenbezirke angehören, in jedem Orte — hat der Vorstand der Genossenschaft ein ihm geeignet erscheinendes Mitglied der Kreis-Frauen-Genossenschaft als „Helferin" zu designiren, entsprechend der in der Armenpflege bewährten Organisation. Das Amt der „Helferin" ist ein Ehrenamt, zu dessen Uebernahme jede vom Vorstande berufene Frau verpflichtet ist, wofern nicht zwingende, vom Vorstande und eventuell von der Aufsichtsbehörde anerkannte Gründe vorliegen, welche die Uebernahme des Amtes unmöglich machen. Die Kreis-Frauen-Genossenschaft hat die Pflicht, im Einvernehmen mit dem Kreisphysikus und unter Mitwirkung der Hebammen darüber zu wachen, dass

a) jeder bedürftigen Kreissenden und Wöchnerin ein den Anforderungen der Hygiene (speciell der Antiseptik) entsprechendes Geburts- und Wochenlager hergerichtet werde, — eventuell durch leihweise Unterstützung mit Leib- und Bettwäsche etc.;

b) jeder Wöchnerin die Möglichkeit geboten werde, mindestens 10 Tage lang Ruhe und Pflege im Wochenbett zu geniessen;

c) jeder erkrankten Wöchnerin eine geschulte Wochenpflegerin gestellt werde, sofern die Ueberführung der Kranken in ein öffentliches Krankenhaus nicht angängig erscheint.

Die ausführenden und verantwortlichen Organe der Kreis-Frauen-Genossenschaft sind die „Helferinnen", denen es freisteht, zu ihrer Unterstützung andere Genossenschaftsmitglieder mit Genehmigung des Vorstandes heranzuziehen. Jeder „Helferin" ist aus öffentlichen Mitteln ein Bestand an Leib- und Bettwäsche, Kinderzeug, Unterlagen, Watte und Desinfectionsmitteln und an Wochenbettutensilien aller Art zur Verfügung zu stellen. Die Kreis-Frauen-Genossenschaft hat Vorkehrung zu treffen, dass jederzeit im Kreise eine genügende Anzahl zuverlässiger, wirthschaftlich tüchtiger älterer Frauen zur Verfügung stehen, die bereit sind, das Hauswesen der zu unterstützenden Wöchnerinnen als sogenannte „Familienpflegerinnen" zu führen. Desgleichen hat die Kreis-Frauen-Genossenschaft im Einvernehmen mit dem Verbande der Hebammen da-

für Sorge zu tragen, dass eine dem Bedürfniss entsprechende Zahl von „geschulten Wochenpflegerinnen" im Kreise disponibel ist. Wird die Hülfe der „Helferin" in Anspruch genommen, sei es durch Vermittelung der Hebamme oder direct von der zu Entbindenden, so hat die „Helferin" das Recht und die Pflicht, sich persönlich über die häuslichen Verhältnisse der Hülfesuchenden zu orientiren und dementsprechend ihre Anordnungen nach allen oben erwähnten Richtungen hin zu treffen. Die aus der Unterstützung ärmerer Familien erwachsenden Kosten sind aus öffentlichen Mitteln zu decken. — Um einen regelmässigen Austausch der in der Praxis gemachten Erfahrungen zu ermöglichen, haben die „Helferinnen" jährlich zweimal an den unter Vorsitz des Kreisphysicus bezw. eines stellvertretenden Arztes stattfindenden Versammlungen des Hebammenkreisverbandes theilzunehmen. —

Ein Eingreifen der Gesetzgebung über diese Forderungen hinaus scheint mir zur Zeit kaum geboten. Mit einer Hebammen- und Helferinnenordnung im vorstehend skizzirten Sinne würden die Grundlagen zu einer gedeihlichen organischen Fortentwickelung der Geburts- und Wochenbetthygieine gewonnen sein, — zu einer Fortentwickelung, die sich mit Nothwendigkeit in Richtung der Wöchnerinnenasyle wird bewegen müssen. Das Zusammenarbeiten eines in seinem Bildungsniveau gehobenen, in gesicherter Stellung prakticirenden Hebammenstandes mit einer Frauengenossenschaft, die sich für das Wohl und Wehe der ärmeren Volkskreise mit verantwortlich weiss, wird schon dafür Sorge tragen, dass sich in immer weiteren Kreisen die Ueberzeugung Bahn bricht, dass in sehr vielen Fällen die allein rationelle und zureichende Hülfe gegenüber der häuslichen Misère in der Ueberführung der Kreissenden in eine wohleingerichtete Entbindungsanstalt zu suchen und zu finden ist. So werden sich die Wöchnerinnenasyle, hier früher, dort später ganz von selbst ergeben, und sie werden in dem wachsenden organischen Gefüge der Geburts- und Wochenbetthygiene sich in jedem Kreise immer entschiedener die ihnen gebührende centrale Stellung zu erringen wissen. Vereinigen sich doch im Wöchnerinnenasyl die Interessen aller an der Entwickelung der Geburts- und Wochenbetthygiene passiv oder activ betheiligten Factoren. Den Gebärenden und Wöchnerinnen aller Stände bietet es Schutz und sendet es Hülfe. Den „Helferinnen" der Frauengenossenschaft erleichtert es, ja ermöglicht es vielfach erst die Erfüllung ihrer Pflichten. Durch das Wöchnerinnenasyl erst können methodisch geschulte Wochenpflegerinnen in genügender Zahl herangebildet werden. Den Aerzten bietet es in allen schwierigen Lagen der Praxis erwünschte Zuflucht, — nicht minder, ja in noch höherem Maasse den Hebammen, die im Wöchnerinnenasyl eine praktische Fortbildungsschule, eine Desinfectionsanstalt, ein Versammlungshaus für ihre regelmässigen Zusammenkünfte, — kurzum ein Mutterhaus der künftigen „Frauenschwestern" finden werden. —

Wann wird das Ziel erreicht sein? — Jahrzehnte mögen und werden

darüber hingehen. Gehemmt von Widerständen aller Art wird es nur mühsam und schrittweise errungen werden können. Doch es wird errungen werden dank der unerschöpflichen, all unsere socialen Verhältnisse durchdringenden Kraft, die aus der Wahrheit und aus der Liebe fliesst. —

## 7. Gynäkologische Fürsorge.

Ich habe bisher den Entwicklungsgang der Fürsorge für Frauen geschildert, soweit Geburtshilfe und Wöchnerinnenpflege in Frage kommen. Um ein vollständiges Bild zu geben, bedarf es noch einiger ergänzender Bemerkungen über die Entwicklung der Gynäkologie, jener Schwesterwissenschaft der Geburtshilfe, die in den letzten Jahrzehnten sich aus unscheinbaren Anfängen an den geburtshilflichen Lehranstalten zu einer Höhe und Bedeutung aufgeschwungen hat, dass es zeitweilig fast den Anschein gewinnen konnte, als solle durch sie die Pflege der Geburtshilfe an den ursprünglich der letzteren allein gewidmeten Lehrinstituten ganz in den Schatten gestellt werden. Wohl hatten die vielfachen mit dem Geschlechtsleben des Weibes in näherer oder fernerer Beziehung stehenden Leiden schon in alten Zeiten die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich gezogen und eine primitive gynäkologische Wissenschaft und Therapie gezeitigt, — doch erst den letzten 50 Jahren unseres Jahrhunderts war es vorbehalten, auf Grund des gewaltigen Aufschwungs, den die gesammte Medicin auf naturwissenschaftlicher Basis nahm, in ein tieferes Verständniss auch der Frauenkrankheiten einzudringen. (Interessante Beiträge hierzu s. „Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Band V, Ergänzungsheft 1897. — Zur Geschichte der gynäkologischen Localbehandlung von Dr. Richard Landau.“) Und ganz selbstverständlich war es, dass sich die noch in den Kinderschuhen steckende Gynäkologie auf das engste an die schon höher entwickelte geburtshilfliche Wissenschaft anlehnte und zunächst an den geburtshilflichen Universitätskliniken einen bescheidenen Unterschlupf suchte. Lehrte doch die Erfahrung nur zu oft, dass sich „Frauenkrankheiten“ aller Art direct an das Wochenbett anschlossen. Eine erste gynäkologische Abtheilung ward im Jahre 1842 in der geburtshilflichen Universitätsklinik in Prag unter Franz Kiwisch eingerichtet, und hierdurch ward der Anstoss zu gleichem Vorgehen an allen Universitäts-Entbindungsanstalten Deutschlands während der nächsten zwei bis drei Jahrzehnte gegeben. Es waren sehr bescheidene Räume, mit denen sich die Gynäkologie damaliger Zeit begnügte, durchaus entsprechend der geringen Leistungsfähigkeit, der sie sich in therapeutischer Beziehung rühmen konnte. Aber die so an den Lehranstalten herbeigeführte innige Verbindung der Gynäkologie und Geburtshilfe wirkte auf die Entwicklung beider so nahe verwandter Wissenschaften ungemein befruchtend ein. Das Verständniss für die physiologischen und pathologischen Zustände des Weibes in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie im nicht schwangeren

Zustand fand durch die ineinander greifenden Forschungen beider Zweigwissenschaften innerhalb weniger Jahrzehnte eine geradezu erstaunliche Vertiefung. Und als die Antiseptik zu Anfang der 70er Jahre ihren erlösenden Einzug in die geburtshilflichen Kliniken hielt, da wuchsen plötzlich auch der Gynäkologie Flügel. Fussend auf dem schon errungenen wohlgegründeten Wissen konnte sie es nun unter dem Schutz der Antiseptik und Aseptik wagen, zur Beseitigung vieler Frauenleiden, denen sie bisher mit gebundenen Händen gegenüber gestanden hatte, chirurgische Bahnen einzuschlagen. Wohl mag in dieser Entwicklungs-Richtung der gynäkologischen Therapie hie und da über das Ziel hinausgeschossen sein, — Thatsache aber ist es, dass die Gynäkologie eben dank dieser Richtung sich in den letzten zwei Jahrzehnten zu einer Vollendung emporgeschwungen hat, dass man heute mit berechtigtem Stolz rühmen darf, es giebt nur noch wenige Frauenleiden, die man nicht in ihrem tiefsten Grunde zu verstehen und dementsprechend rationell und erfolgreich zu behandeln gelernt hätte. Kein Wunder, dass Hand in Hand mit der so gewonnenen Sicherheit der gebotenen Hilfe auch das Vertrauen und der Andrang des hilfsbedürftigen Publikums zu den geburtshilflich-gynäkologischen Kliniken in rapider Weise wuchs. Zu eng wurden die alten so bescheidenen geburtshilflichen Schulen und an ihrer Stelle erhoben sich in den letzten 25 Jahren an fast sämmtlichen deutschen Universitäten neue Frauenkliniken, die ihrer geburtshilflich-gynäkologischen Doppelaufgabe und den geläuterten Forderungen der Hygiene und Aseptik entsprechend als wahre Paläste mit dem ganzen Raffinement moderner Bautechnik errichtet wurden und die, je jüngeren Datums sie sind, um so vollkommener allen an sie zu stellenden Anforderungen gerecht werden. In neuester Zeit haben auch einige Provinzial-Hebammenlehranstalten — Köln, Magdeburg und andere — damit begonnen, neben der geburtshilflichen eine gynäkologische Abtheilung einzurichten. Ich halte mit meinem Urtheil darüber zurück, ob diese Einrichtung zweckmässig und den Aufgaben der Hebammenschulen entsprechend ist. Nur so viel will ich bemerken, dass es bei dem geringen geistigen Verdauungsvermögen der Mehrzahl der heutigen Hebammenschülerinnen nicht unbedenklich erscheint, neben den Grundzügen der geburtshilflichen Wissenschaft auch gynäkologische Brocken denselben zumuthen zu wollen. In grosser Menge sind in den letzten zwei Jahrzehnten grössere und kleinere gynäkologische Privatkliniken in ganz Deutschland von specialistisch in der Geburtshilfe und Gynäkologie durchgebildeten Aerzten errichtet worden. Keine grössere Stadt, ja kaum noch eine der kleineren Mittelstädte, ermangelt eines solchen Institutes. Trotz all' des reichen hiermit gegebenen Angebotes gynäkologischer Hilfe will es mir aber dennoch scheinen, als klaffe auf gynäkologischem Gebiete in der öffentlichen Wohlfahrtspflege noch immer eine handgreifliche Lücke! Privatkliniken sind nur selten in der Lage, der grossen Menge armer und ärmerer Weiber zu so niedrigen Honorarsätzen Hilfe bieten zu können, wie es der mangelnden pecuniären Leistungsfähigkeit derselben entspricht. Hier

einzutreten ist Pflicht der Gesellschaft. Die Zahl und die Leistungsfähigkeit der vom Staate unterhaltenen Universitäts-Frauenkliniken aber reicht nicht hin, um alle die Hilfsbedürftigen bergen zu können. So sind die letzteren denn auf die Hilfe der communalen Krankenhäuser angewiesen. Als ein beklagenswerther Uebelstand in der Leitung der städtischen Krankenanstalten aber macht sich fast allerorten geltend, dass man noch immer an der vor 100 Jahren an den Universitäten üblichen Eintheilung der Gesammtmedicin in die beiden Hauptzweige „Innere Medicin" und „Chirurgie" festhält und mit dementsprechender Anstellung nur zweier Chefärzte — eines inneren Klinikers und eines Chirurgen — genug gethan zu haben meint, — dass man das Heranwachsen der Geburtshilfe und Gynäkologie zu einem der inneren Medicin und der Chirurgie ebenbürtigen Zweige der Gesammtmedicin bis heute übersieht und es dem inneren Kliniker und dem Chirurgen zumuthet, sich auch mit diesem Zweige der Heilkunde — von den anderen Specialfächern ganz zu schweigen — abzufinden, so gut oder so schlecht es eben gehen will. Die Folge dieser Nichtachtung der Entwicklung der medicinischen Wissenschaft seitens der meisten Communal-Verwaltungen ist es, dass nur zu oft den gynäkologischen Kranken in den sonst so vortrefflich eingerichteten communalen Krankenhäusern eine unzureichende, weil nicht von genügender Sachkenntniss getragene Hilfe zu Theil wird, dass die gynäkologisch Kranken nach oft Wochen- und Monatelanger nutzloser Behandlung namentlich auf den inneren Stationen der Krankenhäuser schliesslich doch genöthigt sind, die kostspieligere aber zuverlässigere Hilfe einer Privatklinik in Anspruch zu nehmen. Es leuchtet ein, dass es gleichermassen im Interesse der Communen wie der öffentlichen Wohlfahrtspflege liegt, diesen Uebelständen abzuhelfen durch fortschreitende Gliederung der communalen Krankenhäuser entsprechend der hochentwickelten Specialisirung der Gesammtmedicin.

Gynäkologische Abtheilungen an allen städtischen Krankenhäusern, — gesonderte, vom Betriebe des Krankenhauses losgelöste communale (bezw. Kreis-) Entbindungsanstalten (Wöchnerinnen-Asyle für Ehefrauen) als Centren der gesammten Geburts- und Wochenbetts-Hygiene, — das sind in Kürze die beiden Forderungen, von deren Erfüllung in nächster Zukunft eine gesunde Fortentwicklung der Frauenpflege wird erwartet werden dürfen!

---

# 8. Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Kinder.

Von

Dr. **C. Schmid-Monnard** in Halle a. S.

(Mit 3 Plänen.)

---

Bei der Besprechung der öffentlichen und Privatanstalten für Krankenversorgung von Kindern und Säuglingen ist es zweckmässig, die Versorgung der Säuglinge getrennt zu besprechen von derjenigen der Kinder über 2 Jahre. Es sind dabei nicht nur die geschlossenen Anstalten zu berücksichtigen, sondern auch alle diejenigen Einrichtungen, durch welche die Thätigkeit und Erfolge jener Anstalten ergänzt und befestigt werden.

Es kommen demnach zur Besprechung

A. für Säuglinge, besonders im ersten Lebensjahre:
- die Haltepflege der unehelichen Kinder,
- die Findelhauseinrichtungen,
- die Krippen,
- die Asyle für Wöchnerinnen und Neugeborene,
- die Säuglingsspitäler.

B. für Kinder von 2 und mehr Jahren:
- die Feriencolonien,
- die Erholungsstätten für chronisch kränkliche Kinder, vowiegend für Scrophulöse und Rhachitische (Soolebäder, Seehospize, Schulen für Rhachitische, Kinderheilstätten),
- die ambulante Behandlung Erkrankter,
- die Kinderkrankenhäuser.

Nach dem Plane dieses Buches sollen in erster Linie die deutschen Verhältnisse geschildert und das Ausland nur zum Vergleich herangezogen werden.

## A. Säuglingspflege.

### Nothwendigkeit einer besonderen Säuglingspflege.

Die Besonderheit der Säuglingspflege wird bedingt durch die Schwierigkeit der künstlichen Ernährung von Kindern unter 1 Jahr und die durch jene Schwierigkeit veranlasste ausserordentlich hohe Sterblichkeit

der ersten Lebensmonate. Diese beträgt bekanntlich für das erste Lebensjahr durchschnittlich 24 bis 31 pCt. in den einzelnen Ländern gegenüber 1,7 bis 2,9 pCt. der allgemeinen Sterblichkeit. Diese hohe Sterblichkeit betrifft vor allem die ersten Lebenswochen. Sie kann unter ungünstigen Verhältnissen (Theuerung etc.) sogar auf das Doppelte und Dreifache steigen. Die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit werden hier leicht und oft rasch verwischt. Ein besonders ungünstig gestelltes Material sind die unehelichen Kinder. Bei diesen ist durchgehend die Sterblichkeit eine weit höhere als bei ehelichen, und Neumann berechnet die Zahl der gestorbenen Unehelichen in Berlin für die Jahre 1890—1892 auf fast das Doppelte der gestorbenen ehelichen Säuglinge.

Für die grössere Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge sind hauptsächlich zwei Gründe maassgebend:

1. weil sie vorzugsweise künstlich genährt werden, da die Mutter meist subsistenzlos, für die eigene Erhaltung arbeiten muss und deshalb ihr Kind nicht genügend versorgen oder gar selbst stillen kann.

2. weil die unehelichen Kinder in Folge der Entbehrungen des grössten Theils der unehelichen Mütter in der letzten Zeit der Schwangerschaft, schon häufig frühzeitig geboren werden und frühzeitig zur Welt kommen.

Bezüglich der weniger günstigen Ernährungsweise der Unehelichen hat Neumann für Berlin die Zahl der gestillten Kinder zusammengestellt:

im 1. Monat ca. $^2/_3$ eheliche, aber blos etwas über $^3/_5$ uneheliche,
„ 2. „ fast $^2/_5$ „ blos ca. $^1/_3$ uneheliche,
„ 9. „ ca. $^1/_2$ „ blos ca. $^1/_3$ „

Dem entsprechend sind Magendarmerkrankungen auch die häufigste Todesursache der unehelichen Säuglinge, bei den Kindern des Berliner Kinderschutzvereins in 40 pCt., bei den Leipziger Ziehkindern (Taube) in $^2/_3$ aller Todesfälle.

Daneben wirkt von vornherein ungünstig das vielfache Vorkommen angeborene Schwäche der unehelichen Kinder. Dies zeigt sich schon an der höheren Zahl der Todtgeburten bei Unehelichen mit 46 pCt. (Taube-Leipzig) gegen 27 pCt. bei Ehelichen. Für einen 50jährigen Zeitraum berechnete Böckh (bei Baginsky) für Berlin bei Ehelichen 40 pro Mille Todtgeburten, bei Unehelichen 47,5 pro Mille. Auch die in Asyle aufgenommenen Kinder tragen vielfach den Stempel des Elends an sich. Im kaiserlichen Kinderheim Gräbschen-Breslau (Soltmann) betrug 1886 und 1888 das Durchschnittsgewicht 12tägiger Kinder 2968 bis 2989 Gramm, gegenüber ca. 3400 Gramm normal. Aehnliche Nachrichten giebt der Luisenhof in Hamburg - Eppendorf. Dieselben Erfahrungen sind im Ausland gemacht. Für Prag hebt dies Epstein ausdrücklich hervor. Im Moskauer Findelhaus sind von den jährlich eingebrachten meist unehelichen 7000 Kindern 20 pCt. krank, 30 pCt. unter 3000 Gramm schwer, 5 pCt. sehr schwach, 4 pCt. frühgeboren, 8 pCt. syphilitisch.

Das sind $^2/_3$ schwache Existenzen. Im St. Petersburger Findelhaus wiegen bei der Aufnahme gegen 20 pCt. unter 3000 Gramm. Daraus ergiebt sich, dass die Ehelichen vor den Unehelichen einen Schatz von Lebenswahrscheinlichkeit voraus haben, dessen Mangel auf die Sterblichkeit der ersten Lebensmonate bei den Unehelichen einwirkt.

Die Zahl der unehelichen Geburten ist nicht gering; sie betrug nach Taube im Jahre 1883 für das ganze Deutsche Reich 161 294. Ausser diesen existirt noch die grosse Schaar ehelicher Kinder, für deren genügende Aufziehung die Eltern nicht die Mittel besitzen. Zweifellos berechtigt ist der Gesichtspunkt, dass durch Erhaltung dieser Kinder nützliche Arbeitskräfte geschaffen werden, dass sie hingegen, wenn man sie siech werden lässt, der Gesellschaft eine weit kostspieligere Last werden. Wie sorgt man nun für diese Kinder mit ihrer schwächlichen Anlage, mit ihrer erschreckend hohen Mortalität?

## a) Fürsorge für unversorgte Säuglinge durch Behörden und Private in Deutschland.

### 1. Haltekinder.

#### aa) Fürsorge durch Behörden.

In Deutschland lehnt der Staat im Allgemeinen die Fürsorge für Säuglinge ab. Die Gemeinden wehren sich gegen eine Hilfeleistung so lange sie können und so lange die Möglichkeit einer Versorgung durch Näherstehende vorhanden ist. Die Alimentation sucht man im Processverfahren zu erstreiten. Ueber der Zeit, welche verbraucht wird zur Feststellung des Zahlungspflichtigen, vergehen Wochen und Monate, und gerade in den ersten Lebenswochen ist der Säugling am empfindlichsten, am unterstützungsbedürftigsten.

Die Commune Berlin sorgt im Allgemeinen, ausser für notorisch arme durch Unterstützung der Eltern, nur für Waisenkinder. Für diese allerdings mit einem nicht unbeträchtlichen anerkennenswerthem Kostenaufwand. Sie verausgabte im Jahre 1884/85 für 4030 Kinder, welche sie in Haus- und Kostpflege gab, ca. 805 800 Mark, von denen sie ca. 664 100 Mark selbst aufbringen musste. Aber zwei Hauptübelstände bei dieser Pflegeform sind die, dass einmal die Ueberwachung dieser Kinder theilweise nur durch nicht sachverständige Organe (Schutzleute) stattfindet, zum andern, dass alle diese Säuglinge künstlich ernährt werden, mit allen Gefahren, welche der Mangel der Mutterbrust mit sich bringt.

In Leipzig erstreckt sich die behördliche Fürsorge auf sämmtliche Haltekinder, das heisst, solche, welche von Privaten in Pflege gegeben werden, meist gegen ein Ziehgeld. Die Verwaltung liegt in den Händen des Ziehkinderamtes, welches vormundschaftliche Rechte hat und die Fürsorge für ein Haltekind sofort übernimmt, sobald dasselbe angemeldet

ist. Es besteht eine Anmeldepflicht der Haltekinder, die Möglichkeit der Concessionsentziehung für unpassend erscheinende Pflegestellen, die Vermittelung des Kostgeldes, eine allgemeine Beaufsichtigung durch den Ziehkinderarzt, den verdienstvollen Dr. Taube, häusliche Controle durch bezahlte Besucherinnen und freie ärztliche Behandlung durch bezahlte Armenärzte.

Die Hauptvorzüge dieses Systems sind in allererster Linie die sachverständige fortlaufende Ueberwachung der Pfleglinge, dann die rasche Hilfe in Folge des sofortigen Inkrafttretens, und schliesslich die geringen Kosten, weil das Ziehkinderamt sofort gegen den Vater behufs Alimentation vorgeht. Und zwar war dieses Vorgehen in zwei Drittel aller Fälle von Erfolg gekrönt.

In Leipzig umfasste die Controle alle Ziehkinder und betrug 1890 deren Zahl über 1200.

Entsprechend der fortlaufenden Fürsorge sinkt stetig die Sterblichkeit der Leipziger Ziehkinder. Dieselbe betrug:

1851—1860 28,5 pCt. (9,9 pCt. mehr als bei ehelichen),
1871—1880 29,6 pCt. (8,6 pCt. mehr als bei ehelichen),
1881—1890 24,6 pCt. (4,6 pCt. mehr als bei ehelichen).

Die Ergebnisse bezüglich der Lebenserhaltung sind wohl besser nicht zu erreichen, da die Unehelichen körperlich weit hinter den Ehelichen zurückstehen.

Der Erfolg des Leipziger Systems zeigte sich auch bei einer officiellen Vorstellung der Ziehkinder: von 400 Vorgestellten waren 327 in normalem oder vorzüglichem Zustand und nur 73 unter normal.

#### bb) Private Fürsorge.

In Preussen aber fehlt der grossen Menge der Haltekinder, welche als Waisenkinder von der Gemeinde versorgt werden, vielfach die rasche Vermittelung des Wichtigsten, des Kostgeldes und vor Allem die sachgemässe fortlaufende Ueberwachung.

In Folge dieses Mangels nehmen sich private Unternehmungen, theils mit, theils ohne Anlehnungen an die Behörden, der Ueberwachung und Unterstützung der Haltekinderpflege an. Alle diese Bestrebungen sind neuesten Datums. Die „Kinderschutzvereine“ finden sich in einzelnen grösseren Städten: Altona, Breslau, Elberfeld, Stuttgart, Wiesbaden, über ganz Sachsen hin der Albertverein, sowie in Berlin. Der Berliner Verein, 1875 gegründet, ist der einzige, der ohne Anlehnung an die Behörden thätig ist. Im Wesentlichen besteht die Thätigkeit der Kinderschutzvereine darin, bedürftigen jungen Kindern, besonders Säuglingen, die Pflege zu verbessern. Dies erreichen sie dadurch, dass sie 1. das Pflegegeld vermitteln, durch Einziehen von den Verwandten oder durch Bezahlung desselben; 2. vermöge einer sorgfältigen Controle der Pflege durch Damen und vermöge unentgeltlicher ärztlicher Hilfe durch die Vereinsärzte. In Wiesbaden hängt die Erlaubniss zum Aufziehen von Haltekindern von der Polizei ab und es findet eine regelmässige

Inspection durch den Arzt oder Damen des Vaterländischen Frauenvereins statt. Ebenso wird in Dresden viel für die Unehelichen gethan mit gutem Erfolge. Wenig dagegen bemühen sich Frankfurt a. M. und Berlin um das Leben der Unehelichen: von letzteren starben in Frank- 34 pCt. (gegen 17 pCt. Ehelicher) und in Berlin 45 pCt. (gegen 25 pCt. Ehelicher). Wenn auch der Kinderschutzverein in Berlin innerhalb seines Wirkungskreises ausserordentlich viel Gutes leistet, so umfasst seine Thätigkeit doch nur den kleinsten Theil der Bedürftigen. So nahm sich derselbe (seit 1876) jährlich einer Zahl von etwa 164 Kindern an. Davon waren zwei Drittel Uneheliche im ersten Lebensjahr, welche nur den zweiundzwanzigsten Theil der 1891 polizeilich überwachten 3541 Haltekinder darstellten. Das Pflegegeld beträgt in Berlin die beträchtliche Summe von durchschnittlich 18 Mark monatlich, in einzelnen Fällen werden Prämien gezahlt, Arzt, Arzenei und Kleidung sind frei. Ueber ein Drittel der Verpflegungssumme wurde von den Verwandten zurückgezahlt.

## 2. Asyle.

Eine zweite Art der Säuglingsfürsorge sind die Asyle für Wöchnerinnen und Neugeborene. Ein Theil derselben ist für die Entbindung selbst eingerichtet.

Die Asyle, in denen nicht entbunden wird, in denen aber Mütter bald nach der Entbindung für die Dauer ihrer Erwerbsunfähigkeit mit ihren Säuglingen unentgeltliche Aufnahme finden, stellen sich als immer dringenderes Bedürfniss heraus, obwohl in ihnen die Erfolge vielfach nicht immer so sind, wie in der Aussenpflege, vielleicht mangels genügend geschulten Pflegepersonals. Sie können zugleich dienen als vorübergehender Aufenthaltsort für Ziehkinder, für die im Augenblick keine geeignete Pflegerin da ist. Zu solchen Zwecken dient das seit 1881 bestehende Frauen- und Kinderheim des Leipziger Ziehkindervereins mit Betten für 8 Erwachsene und 12 Kinder. Als Muster eines Wöchnerinnen- und Kinderasyls gilt das Anfang der 80er Jahre unter Soltmann's Leitung entstandene, aus Privatmitteln unterhaltene kaiserliche Kinderheim Gräbschen-Breslau. Kranke Mütter und schwerkranke Kinder werden in demselben nicht aufgenommen; die Kinder neuerdings nie ohne Mutter. Auf dieser letzt genannten Bedingung beruht der Erfolg der Anstalt, dass während der durchschnittlich 4—5 wöchentlichen Aufenthaltsdauer in einzelnen Jahren kein einziger Säugling starb. Die Todesfälle (18 pCt.) in den früheren Jahren mit theilweise künstlicher Ernährung betrafen künstlich genährte Kinder, von denen die Hälfte starb, während sämmtliche Brustkinder erhalten blieben. Die Erfolge der Anstalt zeigten sich auch nachträglich an der geringeren Sterblichkeit der Anstaltskinder in der Aussenpflege (9 pCt.) gegenüber 12—18 pCt. der sonstigen Ziehkinder. Die Anstalt hat 1882—1895 943 Kinder verpflegt, mit einem Durchschnittsbestand von 2—12 Kindern und etwa 50 Pfg. Verpflegungskosten pro

Kopf und Tag. Jedenfalls leistet ein solches Asyl mehr für 1- und 2-monatliche Säuglinge als unbeaufsichtigte Kostfrauen.

Asyle, in denen auch entbunden wird, sind etwas häufiger, aber doch selten genug. So besitzt Berlin nur 2 Entbindungsanstalten für Ledigschwangere mit zusammen 75 Stellen; davon fordert aber die eine 35 Mark Entgelt. Es sind dies die „Heimstätte“ für erstmals gefallene Mädchen und deren Kinder, sowie das erste Berliner „Versorgungshaus, „Beth Elim“. Daneben besteht in Weissensee ein Aufnahmehaus für ca. 50 Entbundene und ihre Kinder. Denselben Zwecken dienen in Bonn das Versorgungshaus von Frl. Lungstrass, in dem 1889/90 139 Mädchen und 100 Kinder verpflegt wurden. In Freiburg i. Br. Fr. Dr. Meyer's Versorgungshaus, in Hamburg-Eppendorf der 1887 gegründete Luisenhof. In letzterem werden die Kinder auch nach Entlassung der Mutter im 6. Monat weiter behalten bis zum Alter von $2^1/_2$ Jahren. In 10 Jahren verpflegte der Luisenhof 300 Mütter und 240 Kinder. Der durchschnittliche Bestand sind 40 Kinder und 28 Erwachsene. Die Kosten der Verpflegung betragen 50 Pfg. pro Kopf und Tag. Auch hier macht sich der theilweise Mangel der Brustnahrung geltend. So befanden sich die von aussen gekommenen Flaschenkinder meist im elendesten Zustande und starben fast alle. In der Zeit 1887—97 hatten die 103 Brustkinder 9 = 8,6 pCt. Sterblichkeit, die 68 Flaschenkinder einschliesslich der im Hause geborenen 52 = 76,4 pCt. Sterblichkeit. Was übrigens auch hier verständnissvolle Pflege leisten kann, zeigt der Unterschied in der Mortalität seit dem Eintritt der jetzigen Vorsteherin Frl. Einstmann (1892), indem die Sterblichkeit seitdem von 66,6 pCt. auf 35,4 pCt sank. Es ist bemerkenswerth und für Ziehkinderverhältnisse charakteristisch, dass unter den 25 pCt. Gestorbenen der zehnte Theil luetisch war.

Von deutschen Anstalten, in denen Säuglinge ohne ihre Mütter verpflegt werden, ist mir nur die Säuglingsabtheilung des kathol. St. Elisabeth-Krankenhauses in Halle a. S. näher bekannt. Die Kinder sind im 3. Stockwerk des Hauses untergebracht, auf je 4 Kinder kommt eine Wärterin. Die Anstalt besteht seit 3 Jahren und hat 75 pCt. ihrer einjährigen Pfleglinge durch den Tod verloren. Auch hier handelt es sich um ein meist klägliches Material von Kindern; der plötzliche Uebergang von Brustnahrung zu künstlicher Ernährung macht sich darum doppelt schädlich geltend. Vielleicht werden in Zukunft die Ergebnisse weniger ungünstige mit Einführung der geplanten eigenen Milchwirthschaft und andrer Aufenthaltsräume.

So ist es andern Krippen auch gegangen, der Breslauer Krippe 1881, dem 1867 gegründeten Berliner Säuglingsasyl und der Wiesbadener Säuglingskrippe. In lezterer starben 1881 63 pCt. gegenüber 21 pCt. der in der Stadt befindlichen Pflegesäuglinge.

Es lehrt die Erfahrung, dass das Zusammenbringen mehrerer und besonders künstlich genährter Säuglinge, selbst solcher, die ursprünglich gesund waren, in demselben Raume von einer eminenten Sterblichkeit

gefolgt ist, wenn man nicht ein reichliches, verständnissvolles und gut geschultes Wartepersonal hat.

Unter Durchschnittsverhältnissen aber sind bessere Erfolge nur da zu erzielen, wo die Kinder in Asylen von Ammen verpflegt werden, und gute Erfolge nur da, wo die Kinder rasch nach 1—2 Tagen in die Aussenpflege gegeben werden.

### 3. Krippen.

Gegen die Krippen, in denen Säuglinge von Müttern, die auf Arbeit gehen, nur am Tage verpflegt werden, sprechen der gleiche Grund und auch die Gefahren des Transports des Kindes von und zur elterlichen Wohnung bei jedem Wetter.

Wie leicht eine Krippe Gefahren der Infection von aussen ausgesetzt ist bei ungenügender Controlle und wie andrerseits auch hier recht gute Erfolge zu erzielen sind mit Hilfe verständiger Pflegerinnen, zeigt neben anderen die städtische Krippe zu Dessau. Die Anstalt verpflegt gesunde Kinder von 9 Tagen bis 3 Jahren, deren Mütter auf Arbeit gehen.

Die Kinder bleiben meist nur Tags da, doch zeitweise 4—10 Kinder auch bei Nacht. Besorgt wurden sie von einer Schwester und einem Mädchen. Die Küchen- und Hausarbeiten lagen in anderen Händen. Etwa 1868 auf Anregung Ihrer kgl. Hoheit der Frau Herzogin von Anhalt gegründet, hatte die Anstalt bis zum Herbst 1892 mehrfach unter Einschleppung von Diphtherie und Scharlach zn leiden, wohl Mangels ungenügender Controlle, und musste deshalb vorübergehend geschlossen werden. Mit Eintritt einer neuen Schwester blieben während deren Thätigkeit innerhalb $3^1/_4$ Jahren diese Unannehmlichkeiten ganz fort. Von den während dieser Zeit verpflegten ca. 60 Kindern, von denen der dritte Theil unter einem Jahr alt war, starb nur ein einziges, am Stimmritzenkrampf. Verdauungsstörungen wurden bei der reinlichen Milchbereitung nur selten beobachtet. Erkrankungen, die auf den Transport der Kinder von und nach der Anstalt zurückzuführen wären, wurden kaum beobachtet.

Es hängt somit auch hier der Erfolg wesentlich von der Person der Pflegerin ab — wohingegen zweifellos eine Krippe in ungeeigneten Händen ein gefährliches Ding ist.

Alle deutschen Krippen haben den Nachtheil, dass sie nicht, wie die französischen Krippen, die Mütter veranlassen, ihre Kinder selbst zu stillen, sondern dass sie die ihnen anvertrauten Säuglinge künstlich ernähren. Aus diesem Grunde werden unsere Krippen mit ihrer bisherigen Ernährungsweise keine grosse Bedeutung erlangen. Die in Berlin vorhandenen 2 Krippen beherbergen täglich nur 20—25 resp. 6—7 Kinder und kommen also für die Zahl der versorgungsbedürftigen Berliner Säuglinge nicht in Betracht.

Zur Erbauung eines Findelhauses ist es in Deutschland noch nicht gekommen, obwohl bereits 1848 in Berlin ca. 25 000 Thaler für diesen

Zweck gezeichnet waren, und noch neuerdings ein beträchtliches Capital hinzugekommen ist. Vermuthlich die ungünstigen älteren Erfahrungen mit der Säuglingsverpflegung in den geschlossenen Anstalten des Auslandes haben davon abgehalten.

### 4. Ambulante Behandlung erkrankter Säuglinge.

Für kranke Säuglinge ist, so lange wir keine Ammen in den Kinderspitälern haben, in den meisten Fällen die ambulante Behandlung vorzuziehen. Abgesehen von dem obengenannten Ammenmangel fällt namentlich ins Gewicht, dass für die Zahl der Suchenden in den Krankenhäusern bei weitem nicht genügender Platz ist. Denn die Ambulanzen der Kinderkrankenhäuser werden von 3 bis 15 mal soviel Personen in Anspruch genommen, als in ihnen verpflegt werden können. Die Zahl der alljährlich ambulant behandelten Kinder ist aus der unten mitgetheilten Tabelle Abschnitt B. I. 7 zu ersehen, ihre Grösse beträgt gegenüber der Krankenhausaufnahme in Krakau und Leipzig das 3fache, in Berlin, Amsterdam, Frankfurt a. M., Breslau das 4—8fache, in Bern und Wien das 10, 12, 13, 15fache, ein Zeichen des grossen Bedarfes. In Wien allein mag die Zahl der Gratisconsultationen an den dortigen Kinderspitälern zur Zeit jährlich 50 000 betragen.

Zudem ist etwa $^1/_3$ aller ambulanten Patienten unter 1 Jahr alt. In Leipzig war 1896 der vierte Theil unter 1 Jahr; von diesen litt die Hälfte an Magendarmerkrankungen. Auch aus diesem Grunde ist es gar nicht wünschenswerth, ausser in dringenden Fällen bei schwerer Erkrankung und mangelnder häuslicher Pflege, so junge Kinder anders als ambulant zu behandeln. Sie gedeihen bei heutiger Sachlage in der Aussenpflege mit wenigen Ausnahmen besser als in der geschlossenen Anstalt, welche der Ammen ermangelt. Hier kann die Ambulanz viel nützen, vorzugsweise durch Berathung in Ernährungsfragen. Die meisten Ambulanzen stehen in engem Zusammenhange mit den Kinderkrankenhäusern, für welche sie geeignete Fälle aussuchen; einzelne bestehen ohne Anlehnung an solche. Ausser den Polikliniken der Universitätsanstalten befassen sich in Berlin die Bezirkscomités des Vereins für häusliche Gesundheitspflege mit Besuch und Pflege Bedürftiger und Kranker, Abgabe von Medicamenten, Badesalz, Milchmarken. Doch genügen auch diese Einrichtungen nicht für Berlin. Die Kinder der Armenpflege werden durch Armenärzte, die des Kinderschutzvereins durch dessen Aerzte behandelt. Die Berliner Waisenkinder in Charlottenburg, Cöpenik, Kyritz werden allmonatlich von angestellten Aerzten controllirt. Der übrige grosse Rest aber, einschliesslich der polizeilich überwachten Haltekinder, ist auf private Behandlung angewiesen.

Die Mehrzahl gerade der kinderreichen Familien ist aber nicht in der Lage, einen Privatarzt zu Rathe zu ziehen; und eine grosse Anzahl unvermögender Familien hat keinen Anspruch auf kassenärztliche Behandlung und Unterstützung der Kinder in Krankheitsfällen. Die Am-

bulanzen entsprechen also in Anbetracht ihrer hohen Inanspruchnahme einem Bedürfniss.

Die Lage des Ambulatoriums soll zweckmässig im Innern der Stadt sich befinden, leicht erreichbar, im Gegensatz zu dem Krankenhaus, welches die Ruhe und gute Luft an der Peripherie der Stadt aufsucht.

Für die Einrichtung eines Ambulatoriums würden zweckmässig sein ausser den allgemein üblichen Räumen:

Besondere Wartezimmer für ansteckende Krankheiten (acute Exantheme, Keuchhusten),
Baderäume,
Ruhezimmer,
eventl. 2 stationäre Betten für wichtige Fälle,
eventl. auch Turnsaal mit orthopädischen Apparaten,
Gratisarznei und Frühstücksverabreichung.

## 5. Säuglingsspitäler.

Säuglingsspitäler sind trotz der umfangreichsten ambulanten Behandlung nicht zu entbehren; zu einer dauernden häuslichen Pflege sind Mutter oder Pflegerin nicht im Stande, namentlich nicht bei operativer Diphtherie und chirurgischen Fällen. Immerhin werden, trotz der bisherigen ungünstigen Erfahrungen, mit Aufnahme von Säuglingen in Hospitäler bei künstlicher Ernährung die Ergebnisse einer sachverständigen Behandlung in diesen besser sein, als in einer mangelhaften Haltepflege. Aber die vorhandenen Räume genügen dem Bedürfnisse heutzutage durchaus nicht.

So finden Kinder unter 1 Jahr in Berlin keine Anstaltsaufnahme, ausser in der kleinen Abtheilung der Charité und in neuerer Zeit in der Säuglings-Abtheilung des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinder-Krankenhauses. 1896 wurden vielfach kranke Säuglinge von den Krankenhäusern Berlins abgewiesen. Es fehlt also an einer genügenden Anzahl von Säuglingsspitälern; einer Neuerrichtung derselben aber steht man skeptisch gegenüber wegen der hohen Sterblichkeit in ihnen. So hatte die Säuglingsabtheilung auf der Charité 1881 80 pCt. Mortalität, 1895 bei einer besonderen Sorgfalt für die Milchbereitung 65,3 pCt., und nach sorgfältiger Uebung und Vermehrung des Pflegepersonals scheinen die Ergebnisse sich neuerdings noch besser zu stellen. Es muss dabei der sehr schlechte Gesundheitszustand in Betracht gezogen werden, in welchem diese Säuglinge nach der Charité kommen. Schon besser stellte sich die Sterblichkeit von 1772 Säuglingen in den neuen Räumen des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhauses. Sie schwankte daselbst 1893—1896 zwischen 34 und 47, im Durchschnitt 37,8 pCt., obwohl demselben noch Ammen und ein ausreichendes, gutgeschultes Pflegerinnenpersonal mangelten. Das entspricht etwa der allgemeinen Mortalität der in Aussenpflege in Berlin befindlichen Säuglinge, und es lässt sich bei Beseitigung des von dem Leiter der Anstalt wohl ge-

würdigten Mangels eine weitere Besserung erwarten. Sobald wir durchweg saubere Räume, reichliches Pflegerinnenpersonal oder noch besser Ammen haben, werden die Erfolge nichts zu wünschen übrig lassen.

### b) Die Säuglings- und Kinderpflege im Auslande.

#### 1. Findelanstalten.

In weit höherem Maasse als Deutschland sorgt das Ausland für unterstützungsbedürftige Säuglinge. Meist wird diese Verpflegung ausgeübt durch die Verwaltung der Findelanstalten. Diese Anstalten sind im Laufe eines hundertjährigen Bestehens in ihren Einrichtungen wesentlich verändert und in ihren Erfolgen verbessert worden, so dass sie heute kaum noch die Vorwürfe verdienen, die man ihnen von Altersher machte.

Die Findelanstalten des Auslandes nehmen nicht blos gefundene oder heimlich dahingetragene Kinder auf, sondern, und zwar meist, offen abgegebene von Müttern, welche selbst krank oder subsistenzlos und zur selbständigen Pflege unfähig sind. Vielfach entstammen die Kinder den Gebäranstalten, die mit den Findelhäusern in Verbindung stehen. Möglichst, und darin liegt eine wesentliche Verbesserung gegen früher, werden die Mütter gleich mit aufgenommen behufs Stillens der Kinder. Ausserdem werden, wie in Brüssel, auch von aussen kommende kranke Säuglinge in der Anstalt verpflegt. Diese Anstalten, an deren Namen sich Viele stossen, verdienen daher eher den Namen Säuglingsversorgungshaus. In Würdigung der oben erwähnten schlechten Erfahrung mit Anhäufung von Säuglingen in Häusern geben sie ihre gesunden Kinder in die Aussenpflege ab (Zerstreuungssystem), meist sobald als möglich, weil dieselben dort besser als in der Anstalt gedeihen, und behalten nur die Kranken zur vorübergehenden sorgsamen ärztlichen Pflege. Solche Anstalten finden sich in grösserer Anzahl und in vielen Städten vertheilt, in Italien, Frankreich, Spanien, Portugal; von grösserem Umfang in einzelnen Städten von Russland, Belgien, Oesterreich, Dänemark, Schweden, Griechenland. Sie fehlen in England, Deutschland, Niederland, Schweiz, Norwegen.

#### 2. Asyle.

Asyle für Wöchnerinnen und die erste Kinderzeit im Ausland finden sich vor Allem als infants home, asylum nurserie in grösserer Zahl in England. In New-York besteht das vorzüglich ausgestattete Almshouse, welches im Princip der Ammenverpflegung sich neuerdings dem Kinderheim in Gräbschen anschliesst.

#### 3. Familienpflege.

Die controllirte Familienpflege im Ausland mit Unterbringung des Kindes entweder bei der eignen Mutter oder bei Fremden, umfasst

naturgemäss die grössere Kopfzahl der unter fremder Fürsorge stehenden Kinder. Diese Fürsorge besteht in Frankreich in grossartiger Weise entweder in temporärer Geldunterstützung der Mutter als Sécours temporaire oder in Bezahlung von Pflegeeltern, die durch agences überwacht werden. In Oesterreich und Russland wird diese Unterstützung der Pflegeeltern ebenfalls officiell betrieben, und zwar von der Findelhausverwaltung unter Aufwendung beträchtlicher Mittel.

Was zunächst die Kopfzahl der auf diese Weise verpflegten Kinder betrifft, so tritt das Ausland gegen uns sehr in den Vordergrund.

In Moskau finden sich (1897) im Findelhause zu gleicher Zeit 1000 Säuglinge und 800 Ammen. Im Laufe des Jahres (1895) wurden aufgenommen 17000 Säuglinge und die Fürsorge des Hauses erstreckte sich (1897) auf 100000 im Lande vertheilte Kinder bis zum 20. Jahr.

Im St. Petersburger Findelhause werden bei einem Bestande (1897) von ca. 800 Säuglingen im Jahre (1895) 4200 aufgenommen und 31000 Pfleglinge befinden sich auf dem Lande. Das Haus hat für das ganze Unternehmen einen Jahresetat von $1\frac{1}{2}$ Millionen Rubel = $4\frac{1}{2}$ Millionen Mark.

Prag (1881) hat in der Anstalt 84 Pfleglinge, einen jährlichen Zugang von 2600, und in Aussenpflege 6300, darunter 1570 Einjährige.

Wien (1886) hat 190 Anstaltspfleglinge, einen Jahreszugang von 7200, und total 23,300 Pfleglinge. Ausserdem existiren in Oesterreich Findelanstalten in Cattaro, Ragusa, Sebenico, Spalato. Durch diese sämmtliche Anstalten werden durchschnittlich im Jahre verpflegt 44500 Kinder. Die Pflege erstreckt sich hier nur bis zum 6. Jahr.

Paris (1887) gab von 60666 Kindern, die lebend geboren wurden, $\frac{1}{4}$ = 5521 in öffentliche Pflege in Paris und Umgebung. In Paris selbst waren (1887) 3281 Kinder in polizeilicher Obhut, darunter $\frac{2}{3}$ eheliche. Auf der Durchgangsstation für die Verpflegung in der Provinz, in dem Hospice dépositaire, befanden sich 3905 Kinder mit 2240 im ersten Lebensjahre. Ausserdem wurden 6757 Mütter mit Geld unterstützt.

Italien, das trotz seiner hohen Geburtsziffer eine geringe Sterblichkeit zeigt, erhielt 1885—87 den 6.—7. Theil aller lebendgeborenen = 140000 Säuglinge auf öffentliche Kosten.

### 4. Versorgung erkrankter Säuglinge.

Die Versorgung erkrankter Säuglinge im Ausland geschieht naturgemäss meist im Anschluss an die bestehenden Ueberwachungsanstalten, namentlich die Findelhäuser.

In den Findelhäusern selbst findet eine ärztliche Controle statt. Die kranken Kinder kommen mit ihrer Amme in eine besondere Abtheilung.

Doch ist in Moskau und St. Petersburg diese Trennung von Gesunden und Kranken eine sehr unvollkommene, und die Zimmer entsprechen namentlich in Bezug auf Lüftung durchaus nicht modernen Anschauungen. Die Krankensäle liegen in Moskau den Sälen der Gesunden gegenüber, nur durch einen wenig lüftbaren Corridor getrennt, in St. Petersburg befindet sich in bedauerlicher Weise unter demselben Dach eine Diphtheriestation, was bei der geringen Bildungsstufe des Personals keine kleine Gefahr ist. Die Zahl der Kranken beträgt im Jahre in der St. Petersburger Anstalt $^1/_5$ aller Kinder = 5500. Nur in Moskau isolirt man in besonderen Gebäuden die Syphilitischen und die contagiös Kranken im Anschluss an die allgemeinen Hospitäler, wie dies auch in der Annunziata in Neapel geschieht. In dem nach den besten Erfahrungen gebauten Stockholmer Kinderhaus ist die Isolirung Erkrankter durch Einfügung kleiner Zimmer für schwerere Darmcatarrhe und einen besonderen Isolirpavillon mit Abtheilungen für Scharlach, Masern, Diphtherie in der denkbar vorzüglichsten Weise durchgeführt. Hier dient das Haus im Durchschnitt mehr als Durchgangsstation und für Verpflegung kranker Kinder und Säuglinge. Die kranken Säuglinge erhalten hier Ammenbrust. Die gleiche Aufgabe hat das Pariser Findelhaus für die enfants assistés, mit einer besonderen Abtheilung für Syphilitische, welche mit günstigem Erfolge von Eselinnen ernährt werden. Das Brüsseler Findelhaus nimmt auch kranke Säuglinge, die nicht zur Findelpflege gehören, auf und hat eine besondere Abtheilung für contagiös Erkrankte. Für die russischen Landbezirke existiren noch auf dem Lande besondere Kreiskrankenhäuser für die Pflegekinder des Findelhauses, und die Kranken werden von dazu angestellten Kreisärzten behandelt. Die kranken Findlinge in Constantinopel werden ambulant behandelt, ebenso diejenigen von Alms house in New-York.

Vergleichen wir diese Einrichtungen des Auslandes mit den unsrigen, so sehen wir im Ausland die Anstaltsbehandlung überwiegen. Die Erfolge derselben sind nicht zu ungünstige, nachdem die Ernährung der Säuglinge auch in der Krankenanstalt durch Ammen stattfindet. Als Musteranstalt eines Säuglingsspitales kann ich das mir persönlich bekannte Kinderhaus des Professors Medin in Stockholm bezeichnen.

### c) Werth der verschiedenen Pflegearten.

Um den verschiedenen Werth derartiger Einrichtungen, wie Findelanstalten und überwachte Haltepflege beurtheilen zu können, ist es erstens nöthig, die Mortalität bei den verschiedenen Pflegearten zu vergleichen. Man wird aber zweitens auch in einer geringeren Säuglingssterblichkeit des ganzen Landes den Werth einer umfassenden staatlich geregelten Fürsorge, von anderen Einflüssen abgesehen, erkennen. Die verschiedenen Pflegeformen (Anstalts- und Aussenpflege) des Auslandes unter sich verglichen zeigen ähnliche Ergebnisse wie in Deutschland. Beste Erfolge weist auf die Unterstützung stillender Mütter oder die überwachte, gut

bezahlte und häufig controlirte Einzelpflege bei fremden Pflegeeltern gegenüber gewissen Gefahren des Anstaltsaufenthaltes. Doch wird immer ein gut geleiteter Anstaltsaufenthalt besser für erkrankte Säuglinge sein, als eine mangelhafte Aussenpflege, man darf bei Beurtheilung der Anstaltssterblichkeit nur nicht vergessen, um welche schwächlichen Säuglinge es sich dabei handelt, und dass, wie in Prag, über $^2/_3$ der gestorbenen Anstaltskinder solche waren, deren körperliche Entwickelung unter dem Mittel blieb. Man darf ferner nicht vergessen, dass das in Anstalten zuweilen epidemische Auftreten von Soor, Diphtherie, Augenentzündungen, Darmcatarrhen wohl zum Theil dem nach unseren Begriffen wenig zweckmässigen kasernenartigen Bau der alten Findelanstalten und ihrem Mangel an Luft und Licht zuzuschreiben ist. Ferner sieht man, dass mit dem Eindringen ärztlicher Sachverständniss in diese Einrichtungen die Erfolge sich überall stetig gebessert haben.

### 1. Sterblichkeit in Anstalten und in der Aussenpflege im Auslande.

So zeigte das Alms house in New-York trotz seiner vorzüglichen Ausstattung ursprünglich (1862—65) 85 pCt. Mortalität. Mit Ausnahme der von Privaten adoptirten Kinder erlebte kein Säugling das Ende des ersten Lebensjahres.

Mit Aufnahme von Ammen 1866, welche mehrere Kinder stillten, sank die Sterblichkeit auf 72 pCt. Bessere Erfolge wurden erzielt erst durch das Zerstreuungssystem in den 70 er Jahren. Ebenso war in Prag die Mortalität 1856 ca. 27 pCt. (für 1—10 jährige Kinder); 1857—62 stieg sie infolge administrativer Ersparnisse an Ammen und Ueberfüllung der Anstalt mit Säuglingen bis 66 pCt. Mit Besserung dieser Verhältnisse Abnahme der Sterblichkeit auf 31 pCt. (1864) und schliesslich 1880 mit Einführung des Zerstreuungssystems und Erhöhung des Pflegegeldes auf 16 pCt. für 1—6 jährige Kinder (45 pCt. für Kinder unter 1 Jahr).

In dem Pariser Hospice werden von den syphilitischen Kindern, die früher sämmtlich starben, jetzt 30 pCt. am Leben erhalten nach Einführung einer besonderen Ernährung mit Eselinnenmilch. In der Krankenabtheilung des Brüsseler Findelhauses für Kinder unter 18 Monaten, welches jährlich etwa 289 Kinder verpflegte, sank die Mortalität von 42 pCt. (1886) auf 36 pCt. (1890).

In Neapel (Real Sta. Casa dell' Annunziata) betrug die Sterblichkeit

| | |
|---|---|
| 1809 . . . . | 81 pCt. |
| 1813 . . . . | 84 „ |
| 1840—49 . . . . | 60 „ |
| 1850—59 . . . . | 41 „ |
| 1860—69 . . . . | 47 „ |

Seit 1841 ist auch dort die bezahlte Aussenpflege in ihre Rechte getreten.

In anderen italienischen Anstalten war die Sterblichkeit geringer,

so in Florenz in der St. Maria degli Innocenti mit ca. 150 Kindern Bestand, wo sie 1878—82 zwischen 15,5 und 22 pCt. betrug. Viel trägt hier wohl wie in Bologna der Zwang bei, dass die Mütter einige Monate stillen müssen.

Innerhalb der Anstalt zeigt sich ein deutlicher Unterschied des Erfolges der persönlichen Sorgfalt: so starben im Petersburger Findelhause Säuglinge

| | 1894 | 1895 |
|---|---|---|
| gestillt von der Mutter . . . . | 6,9 | 19,9 |
| gestillt von Ammen . . . . . | 15,4 | 19,8 |

Vielfach mag an besseren Erfolgen einer Anstaltsbehandlung auch der Bildungsgrad der Mütter maassgebend sein; so scheinen in Moskau mit fast lauter schreib- und leseunkundigen Müttern die Sterblichkeitsverhältnisse wesentlich ungünstiger zu sein, während in dem Stockholmer Kinderhaus die Ammen vermöge ihrer Schulbildung leichter als genügende Krankenwärterinnen im Erkrankungsfalle des Kindes zu benutzen sind, wie mir der Leiter dieser Anstalt, Herr Professor Medin mittheilte. Vielleicht wirkt der geringe Bildungsgrad der Pfleger ungünstig in den Fällen, wo die Aussenpflege zuweilen schlechtere Resultate ergiebt, als der ärztlich geleitete Anstaltsaufenthalt. So sind die Erfolge in Italien im Hause und draussen gleich. Gegenüber den ca. 7—10 pCt. Todesfällen in der Petersburger Anstalt starben auf dem Lande (1894/95) bei den eigenen Eltern 13—14, bei den Pflegeeltern 28,8—29,3 pCt. Ebenso berechnet für Oesterreich Presl eine Anstaltssterblichkeit von $8^1/_2$ pCt., in der Aussenpflege von 14 pCt.

Doch sind im Allgemeinen die Erfolge einer guten Ueberwachung der Haltepflege nicht zu verkennen.

Während in Frankreich (Monot bei Epstein) die allgemeine Sterblichkeit der Haltekinder 71 pCt. beträgt, starben von den dreimal jährlich controlirten Haltekindern des Departement de la Seine nur 26 pCt. und von den einer ständigen Aufsicht unterworfenen nur 12 pCt. Ebenso erzielte die ärztliche Fürsorge des Dr. Zavitziano bei den Findlingen der Gemeinde Notre-Dame in Constantinopel zunehmende gute Erfolge. Es starben mehr als andere Säuglinge:

| | | |
|---|---|---|
| Findlinge | 1883—1887 . . . | 29,7 pCt. |
| „ | 1890 . . . . . . . | 17,0 „ |
| „ | 1891 . . . . . . . | 11,0 „ |

Hier wurde ausschliesslich Säugung durch verheirathete Frauen mit Einzelpflege und ambulanter ärztlicher Behandlung eingerichtet.

Die eigenen Eltern sind dabei nicht immer die besten Pfleger; und die Haltepflege ergiebt, abgesehen von Russland, in Frankreich und Böhmen nicht schlechtere Erfolge als die Unterstützung der Eltern, ja in Kopenhagen ist die Sterblichkeit bei den Eltern grösser als bei den Haltekindern, vermuthlich in Folge der ungenügenden Geldunterstützung.

## 2. Vergleich der Säuglingssterblichkeit des Auslandes mit derjenigen Deutschlands.

Während, wie wir sahen, im Ausland die officielle Säuglingspflege einen so ausserordentlichen Umfang besitzt und während dort mit dem Eindringen ärztlicher Sachkenntniss und Erfahrung die Säuglingssterblichkeit ausserordentlich sinkt, steht man in Deutschland einer Verallgemeinerung der Säuglingsfürsorge noch theilweise ablehnend gegenüber und nur einzelne deutsche Einrichtungen, wie die Leipziger Haltekinderpflege, das Breslauer Kinderheim, die Säuglingsabtheilung am Kaiser und Kaiserin Friedrich Krankenhaus zeigen, was etwa geleistet werden könnte. Die ungünstigsten Folgen davon auf unsere allgemeine Säuglingssterblichkeit sind nicht zu verkennen.

Beim Vergleich steht Deutschland ungünstiger da als andere Länder.

Es starben von 100 Kindern im ersten Lebensjahr 1885—1887 in Gruppen grösserer Städte:

| | |
|---|---|
| Deutschland östlich der Elbe und südlich des Mains | 26 |
| Ungarn | 26 |
| Rheinisch-westfälisch-hessisches Gebiet | 21 |
| Italien | 19 |
| Frankreich, Belgien | 18 |
| England | 16 |
| Schweden | 14 |

Noch ungünstiger stellt sich für uns der Vergleich der Staaten:

| | |
|---|---|
| Württemberg | 31 |
| Sachsen | 28 |
| Russland | 27 |
| Oesterreich | 26 |
| Preussen | 21 |
| Italien | 21 |
| Frankreich, Belgien | 17 |
| England | 15 |
| Schweden | 13 |
| Norwegen | 10 |

Solche Differenzen, sagt Rahts, lassen sich lediglich aus der Beschaffenheit der Kindernahrung nicht erklären.

Denn auch in Frankreich soll das Selbststillen der Mutter selten sein.

Dass die Säuglingssterblichkeit nicht immer parallel geht mit der Zahl der unehelichen Geburten, zeigt Paris mit 28—29 pCt. unehelicher Kinder und seiner trotzdem geringen Kindersterblichkeit (ca. 10 pCt. gegen ca. 24 pCt. in Berlin).

Auch nicht die Industrie allein macht es, denn in dem industriellen

Belgien ist die Sterblichkeit gering. Bei uns ist die Ursache die grosse Gleichgiltigkeit gegen die Säuglinge. Vielleicht steht sie hier im Zusammenhang mit der hohen Geburtsziffer — aber in England und in Schweden scheint trotz zahlreicher Geburten weniger Indolenz zu herrschen als bei uns.

Allerdings muss man anerkennen, dass wenigstens von berufener ärztlicher Seite bei uns dieser Frage jetzt volle Aufmerksamkeit zugewandt wird, und es ist wohl derartigen Bemühungen zu danken, dass z. B. in Berlin die Säuglingssterblichkeit von 28,5 pCt. in den Jahren 1882 bis 1884 auf 24,7 pCt. im Jahre 1893 zurückgegangen ist trotz zunehmender Bevölkerungszahl.

Wir sehen, die Säuglingssterblichkeit ist da niedrig, wo dem Säugling eine gute Pflege zu Theil wird, sie ist dort erschreckend (zwei bis dreimal so hoch), wo Gleichgiltigkeit des Einzelnen wie der Gemeinden resp. des Staates besteht. Diese Gleichgiltigkeit der Einzelnen entspringt vielfach der höheren Zahl von Geburten in dem betreffenden Lande; die Gleichgiltigkeit einzelner Staaten vom Standpunkt einer gewissen Prüderie und dem vollommenen Verkennen der Thatsache, dass jeder gesunde Mensch eine nützliche Arbeitskraft, jeder Sieche eine sehr viel kostspieligere Last ist.

Wir dürfen aber die Erfolge dieser Einrichtungen der Fürsorge für Säuglinge, namentlich für Uneheliche nicht blos nach der Verminderung der Mortalität bemessen.

Die Existenzfähigkeit dieser Kinder wird auch gesichert dadurch, dass die Wiedervereinigung der Eltern in vielen Fällen gelingt, dass den Müttern gute Stellen mit genügendem Verdienst verschafft werden oder dass, wie in Petersburg, 76—77 pCt. der Pfleglinge ein zufriedenstellendes Examen auf einer Fachlehrschule ablegen.

### d) Vorschläge.

Will man hinter den Erfolgen des Auslandes nicht zurückstehen, will man unsere eigenen bescheidenen, aber recht erfreulichen Erfahrungen sich zu Nutze machen, so ist es für einen entscheidenden Erfolg nöthig, dass man die Säuglingspflege nicht der Privatwohlthätigkeit allein überlässt, sondern dass man planmässig in den Gemeinden und im Staate, mit ärztlicher Beihilfe, vorgeht. Es würde eine Ueberwachung sämmtlicher unehelicher Kinder, auch der bei ihren Eltern untergebrachten einzurichten sein: es müssten in erster Linie Stillungsgelder oder das Pflegegeld *sofort* beschafft werden, zum grössten Theile vielleicht durch die rasche Aufforderung der Väter zur Alimentation durch eine *von vornherein bestellte* Vormundschaftsbehörde. Ferner wäre in grösseren Städten eine vorläufige Unterkunft für stillende Mütter mit ihren Kindern, ein Asyl, zu unterhalten, von geringem Umfange; für die Erkrankten bezahlte Aerzte oder Ambulatorien und für sehr pflegebedürftige Kranke ein Säuglingsspital, möglichst mit Ammenverpflegung.

Für das Haltekindersystem kann das Leipziger als Vorbild dienen, für das Säuglingsasyl das Gräbschen-Breslauer Kinderheim, für das Säuglingshospital die Vorschläge von Heubner und Baginsky. Alle diese Einrichtungen müssten räumlich einander nahe liegen und möglichst in ihrer Verwaltung in einander resp. im Anschluss an die bisher thätigen Behörden arbeiten.

Das Leipziger Haltekindersystem ist im wesentlichen gefördert von Dr. med. Taube. Es erstrebt folgendes: Ein Ziehkinderamt hat vormundschaftliche Berechtigung über jedes uneheliche Kind. Jedes solche Kind muss dem Ziehkinderamt angemeldet werden. Das Amt vermittelt Ziehgeld (15 Mark), Kleidung und freie ärztliche Behandlung; es sucht das Geld (in $^2/_3$ aller Fälle mit Erfolg) von den Eltern, besonders den Vätern, einzutreiben. Die Stadt ist in Ziehkinderbezirke eingetheilt, deren acut Kranke von den besonders honorirten Armenärzten behandelt werden. Die Ziehmütter haben Concession auf Widerruf und werden durch bezahlte Pflegerinnen controllirt. Ueber dem Ganzen steht der Ziehkinderarzt, dem ab und zu sämmtliche Kinder zur Controlle vorgestellt werden.

Das kaiserliche Kinderheim Gräbschen-Breslau nimmt subsistenzlose Mütter mit ihren Säuglingen auf für die ersten 3—6 Wochen nach der Entbindung. Die Anstalt steht in Verbindung mit der Gebäranstalt. Es werden nur gesunde Mütter und nicht schwerkranke Kinder aufgenommen. Das Kind wird durch die eigene Mutter besorgt. Das Haus besteht aus einer Villa im Garten mit 2 Stockwerken. Im Parterre sind die Schlafzimmer mit je 4 Betten für die Mütter und 4 für die Kinder, Bade-, Spiel-, Speisezimmer und Reservesaal für Besuchsempfang. Im Souterrain Küche, Waschküche, Bad für Mütter, Portier, Speisekammer. In der ersten Etage Vorsteherin, Isolirraum, Krankensaal.

Für Säuglingsspitäler gilt, wie es bereits in Stockholm eingeführt ist, als Grundsatz Armenverpflegung.

Ferner Eintheilung in kleine Zimmer, einmal zur Vermeidung der Abkühlung, dann zur Absonderung infectiöser Fälle, auch der Darmcatarrhe. Da, wo künstliche Ernährung noch durchgeführt wird (Charité, Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhaus), ist ein zahlreiches, gutgeschultes Personal wünschenswerth. Für 8 Säuglinge fordert Heubner 5 Pflegerinnen, keinesfalls unter 3. Der verschiedene Nährwerth der verschiedenen künstlichen Nahrungsmittel tritt zurück in solchen Anstalten gegen die unerlässliche Reinlichkeit der Darreichung. Eine Verunreinigung mit Excrementen durch die Finger der Wärterinnen, durch Saugpfropfen, mangelnde Sauberkeit der Wäsche lassen sich nur durch reichliches, gutgeschultes Personal vermeiden. Bei dem grossen Wäscheverbrauch dürfen auch die Waschküche und Trockenräume nicht viel kleiner genommen werden als für den Bedarf eines allgemeinen Krankenhauses.

## B. Fürsorge für ältere Kinder.

### I. Das Kinderkrankenhaus.

#### 1. Die Bedürfnissfrage.

Die Nothwendigkeit, Kinder im Krankenhaus zu behandeln, tritt häufig ein. Vielfach stellen die Krankheiten (z. B. chirurgische und Diphtherie) Anforderungen an die Pflege, denen die häusliche Pflege nicht genügen kann. Die Zweckmässigkeit besonderer Krankenhäuser für Kinder ist bei uns erst in neuerer Zeit gewürdigt worden. Die Gesichtspunkte, welche für eine besonders geartete Pflege der Kinder und eine eigenthümliche Bauart der Kinderspitäler maassgebend geworden sind, haben wir gewonnen an den schlechten Erfahrungen der viel älteren Einrichtungen des Auslandes. Es hat sich als Besonderheit der kindlichen Krankenpflege ergeben, dass das Kind in hohem Maasse einer individualisirenden Pflege bedarf, in Bezug auf Abwartung und auf Ernährung. In Folge dessen ist ein reichlicheres Pflegepersonal nöthig. Daher die Nothwendigkeit nicht zu grosser Krankensäle, um die Individualisirung der Pflege nicht unmöglich zu machen und um die Kinder durch lange Dauer der Besuchsgänge im Saal nicht zu beunruhigen.

Ferner ist nöthig die Bereitschaft vieler kleiner Räume, mit Rücksicht auf die Contagiosität einzelner Fälle. Die Durchführung der Isolirung der verschiedenen ansteckenden Krankheiten in Anbetracht der ausserordentlich grossen Empfänglickeit des Kindes für Infection.

Aus gleichem Grunde hat sich auch die Fernhaltung der Aufnahmestation und der Ambulanz von dem sonstigen Krankenhausbetrieb wünschenswerth gemacht, möglichst mit Einrichtung besonderer Zimmer für ansteckende Kranke (Keuchhusten) innerhalb der Aufnahme- und Ambulanzräume.

#### 2. Geschichtliches.

Das älteste und noch heute grösste Kinderhospital Europas entstand in Paris 1802 mit ca. 700 Betten.

Zu gleicher Zeit waren poliklinische Institute in London (seit 1769) und Wien (seit 1787) thätig.

Es folgten die Krankenhäuser

1824 in St. Petersburg und in Breslau,
1843—47 Berlin, Frankfurt a. M., München, Cassel,
1854 Karlsruhe,
1859 Heidelberg,
1863 Dresden, Leipzig u. s. w.

Die meisten gingen aus kleinen Anfängen hervor, mit wenigen (4—8) Betten in gemietheten Räumen, durch freiwillige Beiträge Privater unterhalten. Fast alle blieben lebensfähig.

1868 (Steffen) besassen von sämmtlichen deutschsprachigen Uni-

versitäten nur Berlin, Leipzig, München, Würzburg, Prag und Wien eine Kinderklinik.

Nur in Berlin und Würzburg waren dieselben ein Theil der Universität, in den übrigen Städten Privatunternehmungen. An den übrigen deutschen Universitäten gab es damals überhaupt keine Kinderkliniken.

Die ältesten Hospitäler (z. B. in Paris) waren ein einheitlicher Bau.

Das Zerstreuungssystem im Barackenstil wurde in mustergiltiger Weise zuerst durchgeführt 1869 im St. Petersburger Kinderkrankenhaus des Prinzen von Oldenburg unter Rauchfuss' Leitung.

### 3. Der Bau.

Allgemeine Grundsätze. Lage, Umfang, Bauart, Bettenzahl, Luftraum.

Ein Kinderkrankenhaus soll möglichst an der Peripherie der Stadt liegen in ruhiger Gegend, in unverdorbener Luft. Rauchfuss berechnet auf 10 000 Einwohner 10 Betten mit jährlich 70 stationären Kranken und 600 Ambulanten als Bedürfniss. In der That aber entsprechen die vorhandenen Anstalten diesem Verhältniss nicht. Ein Kinderkrankenhaus soll nicht über 250 Betten haben, um übersichtlich für die Leitung zu bleiben.

Bauart. Man baut am besten für nicht ansteckende Krankheiten ein geschlossenes, mehrstöckiges Haupthaus, für ansteckende Krankheiten isolirte, ebenerdige Baracken oder mehrstöckige Pavillons. Bei der Eintheilung rechne man auf $\frac{1}{3}$ acute Exantheme, und etwas mehr innere als äussere Kranke. 1896 war im Leipziger neuen Kinderkrankenhause die innere Abtheilung ca. 6 mal so gross wie die äussere; die Hälfte der innerlichen Krankheiten waren infectiöser Natur, darunter überwiegend Diphtherie. Bei einzelnen Pavillons rechnet Rauchfuss 150 qm pro Bett für den ganzen Bauplan. In Leipzig kommen ca. 100 belegte Betten auf 9000 qm = 90 qm pro Bett. Die Gebäude selbst sollen zu stehen kommen auf Baugrund bester Art, mit vollständiger Isolirung gegen den Untergrund; möglichst nur mit Parterrestockwerk wegen Benutzung des Gartens. Die Orientirung der Krankensäle Süd-Ost, damit die Sonne früh nicht mangle und Nachmittags nicht zu lange verweile, sodass die Säle gegen Abend abkühlen können. Die Säle nicht über 16 Betten, zur Ermöglichung individualisirender Behandlung und Vermeidung von Beunruhigung der Kinder, daneben kleine Säle mit 4—8 Betten für schwerer Kranke.

Der Luftraum im Zimmer darf nicht zu klein sein, denn das Luftbedürfniss der Kinder ist ein verhältnissmässig grosses und ausser den kranken Kindern sind noch Wärterinnen im Zimmer. Für Reconvalescente genügen grössere Räume mit etwas geringerem Luftcubus, weil jene Kinder Tags im Freien sein können. Lavoisier stellte als wünschenswerth auf den Luftcubus von 52 cbm. Hinreichend erscheinen 40 cbm, was einer Zimmerhöhe von 4 m und einer Bodenfläche von 10 qm entspricht. Die thatsächlichen Verhältnisse in Kinderkrankenhäusern sind

vielfach kleinere, und der Luftcubus schwankt in Wirklichkeit zwischen 25 cbm (Dresden) und 46 cbm (Pendlebury-Manchester). Das neue Berliner Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus hat pro Bett 8 qm Grundfläche und 32 cbm Luftraum, das neue Leipziger Kinderkrankenhaus ca 35 cbm.

Der Abstand der Betten unter sich betrage 1—1,5, von den Wänden 0,5—1,0 m, zwischen den Bettreihen, 2,5—3,0 m, so dass jedes Kind einzeln besorgt werden kann.

Lichtfläche soll sich zu Bodenfläche verhalten etwa wie 1 : 6, also etwa 1,5 qm pro Bett betragen. Grössere Fensterflächen als 2 qm pro Bett veranlassen starke Wärmeverluste. Die Krankenzimmer sollen nicht zu tief sein, sonst sind sie zu dunkel für Arzt und Patienten. Es ist daher wichtig, dass die Betten möglichst nicht an den sog. todten Wänden, sondern in die Nähe der Fenster zu stehen kommen. Als Fenster haben sich für unser Klima (Leipzig) Doppelfenster unentbehrlich gezeigt.

Zweckmässig ist aus diesem Grunde auch die Anreihung vieler kleiner Zimmer längs eines lichten Corridors, mit dem sie durch Fenster verbunden sind.

Bei mehrstöckigen Gebäuden empfehlen sich nicht mehr als 2 Stockwerke übereinander, denn der Strom verbrauchter Luft im Hause von unten nach oben tritt in den oberen Stockwerken nach aussen und lässt oben wenig frische Luft von aussen hinein. Aus gleichem Grunde sollen Wirthschaftsräume (Küche) besser nicht in den Keller gelegt werden.

Die Heizung sei in Anbetracht der reizbaren Respirationsorgane der Kinder nie Luftheizung.

Bei Ofenheizung empfiehlt sich Bedienung von aussen zur Vermeidung von Störung und Schmutz. Die Abluftvorrichtungen mögen cumuliren an einem Ende der Baracke (im N. oder NW.), wo Theeküche und Closet sich befinden. Die Kosten des Heizbetriebes sind die grössten nächst den Ausgaben für Beköstigung. Wir würden also nach unseren heutigen Anschauungen für ein Krankenhaus fordern:

1. Poliklinik für Aufnahme und Sonderung der Fälle, mit einer Quarantänestation von einigen Betten.
2. Haupthaus mit Verwaltung und nicht infectiöser äusserer und innerer Station.
3. Vier Isolirpavillons.
4. Wirthschaftsräume, Wasch- und Heizanlage, Personalwohnung etc.

Für die Desinfectionsanlage wird es sich empfehlen, dieselbe nicht zu nahe in den Bereich der Infectionsabtheilung zu legen, da dies zu Hausinfectionen führen kann (Leipziger Erfahrung). Bei starkem Bedarf an Isolirräumen würden sich Zeltlager bewähren.

Die Kosten der Anlage betragen in modernen Anstalten mit allen nöthigen Einrichtungen rund 4000 Mk. pro Bett (3900 Mk. im Berliner Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhause, ca. 5000 Mk. im Leipziger neuen Kinder-Krankenhause (bei geschenktem Bauplatz). Das Inventar fordert $^1/_7$ der Gesammtkosten.

### 4. Pflegepersonal, Alter und Nahrungsbedarf der Kinder.

Die Zahl des Pflegepersonals muss besonders gross sein in Kinderkrankenhäusern. Sie steht im umgekehrten Verhältniss zur Grösse der Krankensäle; je kleiner die Bettzahl, desto verhältnissmässig mehr Pfleger. 1 Wärterin kommt ungefähr auf 2—4 Betten.

Bei Auswahl der Bettengrösse und Bestimmung der Nahrung ist das Alter der Kinder maassgebend. Das wird in jedem einzelnen Falle anders sein, doch giebt es dafür gewisse erfahrungsgemässe Durchschnittszahlen, die als vorläufiger Anhaltepunkt dienen können.

Bezüglich des Alters der Kinder giebt Rauchfuss an, dass in Spitälern verpflegt werden:

| | | |
|---|---|---|
| 0—1 jährig | . . . . | ca. 40—70 pCt. |
| 5—6 „ | . . . . | „ 16—20 „ |
| 10—12 „ | . . . . | „ 7—12 „ |

Das Bedürfniss der Krankenhausverpflegung ist also am grössten in den ersten Lebensjahren.

Indess werden in der That in unseren Spitälern Kinder unter 1 Jahr nicht gern verpflegt, wegen der hohen Anforderungen, welche die Säuglingsverpflegung stellt (siehe Säuglingsspitäler). Daher finden wir vorzugsweise Kinder von 2—6 Jahren in unseren Spitälern (in den Wiener Kinderspitälern sind etwa $^2/_3$ über 4 Jahre).

Im Leipziger neuen Kinderkrankenhaus fanden sich 1896 unter 1402 Kindern 315 Säuglinge (= ca. 24 pCt.), im Berliner Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhause unter 2155 Kindern 374 Säuglinge (= ca. 13 pCt.).

Für die Ernährung kranker Kinder im Krankenhause hat Baginsky, gestützt auf seine Erfahrungen, bestimmte Sätze aufgestellt.

Es schwankt das Eiweissbedürfniss individuell bei gleichaltrigen Kindern. Doch ist es etwas grösser bei jüngeren Kindern im Verhältniss zur Summe von Kohlehydraten + Fett, als bei älteren Kindern. Bei letzteren nimmt namentlich der Bedarf an Kohlehydraten zu. Baginsky berechnet für den täglichen Nahrungsbedarf für

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2—4 jährige | 1250 Calorien | = | 50 E., | 140 K., | 50 F. |
| 4—9 „ | 1825 „ | = | 80 „ | 220 „ | 65 „ |
| 9—12 „ | 2220 „ | = | 85 „ | 275 „ | 80 „ |

Doch sind diese Mengen wohl zu gering für Reconvalescenten, soweit ich nach meinen Erfahrungen in der Halle'schen Kinderheilstätte schliessen darf.

### 5. Sterblichkeit.

Ueber die Höhe der Sterblichkeit in Kinderkrankenhäusern entscheidet der Umstand, wie viel junge Kinder in der Anstalt sind und wie viel infectiöse Fälle. Es starben in Krankenhäusern von

| | | |
|---|---|---|
| 0—1 jährigen | . . . . | 46,5 pCt. |
| 4—5 „ | . . . . | 21 „ |
| 10—12 „ | . . . . | 7,5 „ |

Die Durchschnittsmortalität der Kinderkrankenhäuser beträgt etwa 20 pCt. Sie ist bedeutend höher in der Absonderungsgruppe, 25—42, im Mittel 33,2 pCt. Sie betrug 1890 im Armenkinderspital in Pest für Diphtherie 50 pCt., Scharlach ca. 25 pCt., Masern ca. 20 pCt. Ebenso betrug die Diphtheriemortalität 1888 im Hottinger Kinderspital und im Wiener St. Josephs-Kinderspital 50—51 pCt., auch die Blatternsterblichkeit im Prager Kaiser Franz Joseph-Kinderspital 1880 50 pCt., im Krakauer St. Ludwigs-Kinderspital im gleichen Jahre gar 60 pCt.

Wenn nun die Absonderungsgruppe sehr viele Fälle zählt, steigt selbstverständlich die Mortalität des Hauses. Durchschnittlich beträgt die Absonderungsgruppe $^1/_3$, $^1/_2$ und mehr des Gesammtbestandes; im Wiener St. Joseph-Kinderspital wurden 1893 unter 961 Kindern allein 365 Diphtheriefälle aufgenommen.

Allerdings sinkt wohl neuerdings durch die Erfolge der Serumbehandlung die Zahl der ins Spital gesandten Diphtheriekranken und zweifellos auch die Spitalsterblichkeit. So betrug 1896 im neuen Leipziger Kinderkrankenhause die Sterblichkeit an Infectionskrankheiten nur 16,3 pCt., die Heilung 64,5 pCt. Die höchste Sterblichkeit hatte Diphtherie mit durchschnittlich nur noch 15,5 pCt. Vielfach war hier das späte Einbringen schuld. Von sechs- und mehrtägigen Fällen starben 21 pCt.; bei Fällen, die unter 4 Tagen alt waren, 8 pCt. Im übrigen zeigten die Croupfälle 30 pCt. Sterblichkeit gegenüber 5 pCt. der nicht croupösen. Die Sterblichkeit geht in der Neuzeit also erheblich herab. Erhöht wird die Mortalitätsziffer noch durch die in beträchtlicher Zahl sterbend eingebrachten Kinder; so betrugen diese in Wien 1880 im Kronprinz Rudolf-Spital $^1/_8$, im St. Annen-Spital und im Leopoldstädter Kinderspital $^1/_5$ aller Todesfälle in der Anstalt. 1896 waren von den 325 Säuglingen des neuen Leipziger Kinderkrankenhauses 41 sterbend eingebracht worden. Umgekehrt zeigte das Breslauer Wilhelm Augusta-Hospital 1890 unter 269 Kindern nur 1,5 pCt. Mortalität, weil keine contagiösen Krankheiten aufgenommen wurden, während die Sterblichkeit 1880 ebendaselbst unter 350 Kindern 8,9 pCt. betrug, als Masern und Scorbut epidemisch waren.

## 6. Spitalinfection.

Die Anwesenheit so vieler infectiöser Fälle in einem Kinderkrankenhause, dessen Insassen so empfänglich für jede Ansteckung sind, bringt auch die Gefahr der Spitalinfection mit sich. Kinder, die zuweilen wegen eines nur geringen Leidens ins Hospital aufgenommen worden sind, werden dort von einer neu hinzutretenden Infection befallen.

Die Spitalinfection ist charakterisirt durch ihren meist schweren, oft tödtlichen Verlauf, denn sie trifft Kinder, welche bereits durch Krankheit geschwächt sind.

Sie befiel im Baseler Kinderhospital, welches verschiedene ansteckende Krankheiten unter einem Dache behandelte, 1870—85 von 4568 Kindern 7,09 pCt. Die meisten Hausinfectionen wurden daselbst verursacht durch Scharlach, Diphtherie, Erysipel; daneben kamen vor: Masern, Keuchhusten, Varicellen und Typhus abdom.

Diese Spitalinfectionen verliefen mit einer procentarischen Sterblichkeit, welche diejenige in der Stadt um das 2 bis 6 fache übertraf. Das Haus hatte ineinandergehende Zimmer und Luftheizung; seit 1874 bestand 30 Schritte davon ein Absonderungshaus für Scharlach. Da aber das ärztliche Personal genöthigt war, im Hauptgebäude und im Absonderungshause zu functioniren, so waren schwere Hausinfectionen unvermeidlich. Neben der Contactübertragung schien auch durch die Nähe des Absonderungshauses eine Luftinfection wahrscheinlich, so dass die Entfernung von 30 Schritten von dieser noch überschritten wurde. In ähnlicher Weise hatte man in Leipzig den Eindruck, dass Hausinfectionen entstanden infolge der früher geringen Entfernung der Desinfectionsanstalt von den Infectionsanlagen.

Wirksamer als beim Scharlach liess sich in Basel durchführen die Isolirung der Diphtherie, ebenso der Masern und des Keuchhustens, bei welch letzterem die Uebertragung durch dritte Personen höchst selten war. Im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin ist diesen Verhältnissen insofern Rechnung getragen, als in den Isolirpavillons für Scharlach und Diphtherie sich viele kleine Zimmer an einen lichtvollen, ventilirten Corridor anreihen, während für Masern und Keuchhusten grössere Säle nebst mehreren Einzelzimmern eingerichtet sind. Ubrigens ist die Gefahr der Diphtherie-Hausinfection eine geringere geworden: so blieben von den 1896 in Leipzig immunisirten 47 Kindern alle von Diphtherie verschont.

Im Gegensatz hierzu findet in den englischen Fieberhospitälern gewöhnlich keine Trennung der verschiedenen Formen acuter contagiöser Erkrankungen statt. Angeblich sind hier Uebertragungen selten.

Indess sprechen die Baseler Erfahrungen nicht dafür. Die Schwierigkeit liegt wohl in der Heranziehung eines zuverlässigen Pflegepersonals. Wo man dies hat, sind auch in alten Gebäuden Uebertragungen nicht häufig, während umgekehrt die besten Isolireinrichtungen sich nur bewähren bei gewissenhaftem und verständigem Pflegepersonal.

## 7. Statistische Nachrichten über den Betrieb in Kinderhospitälern.

Es erübrigt noch, über das Thathsächliche zu berichten. Ueber die Jahreszahl der in den Spitälern verpflegten und ambulant von denselben behandelten Kinder, die durchschnittliche Dauer des Anstaltsaufenthalts, und die durchschnittlichen Verpflegungskosten pro Kopf und Tag stehen mir aus den letzten zwei Jahrzehnten nur dürftige Notizen zu Gebote, welche ich dennoch hier zusammen stelle.

| Name des Kinderspitals. | Zahl der Anstaltskranken 1880 | Zahl der Anstaltskranken 1888 1890, 92, 1893 | Abgerundete Zahl der ambulant Behandelten 1880, 83 | Abgerundete Zahl der ambulant Behandelten 1893 | Durchschnittl. Aufenthalt Tage 1880—83 | Durchschnittl. Verpflegungskosten pro Kopf und Tag M., fl., frcs. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Amsterdam (K.-Sp.) | 346 | | 1700 | | — | |
| Basel (K.-Sp.) | 204 | 401 | | | 37 | 3,2 |
| Breslau (Wilh. Aug.) | 350 | 269 | | 3500 | 13,4 | 1,2 |
| Berlin (Charité) | 1046 | | | | | |
| Dresden (Kinderheil) | 343 | | | | 40 | 2,15 |
| Frankfurt a. M. (Christ) | 171 | | 1880 | | 43 | |
| Krakau (St. Ludwig) | 757 | | 2000 | | 27 | 0,6 |
| Leipzig (Neues K.) | | 939 | | | | |
| Moskau (Petrowsky) | 957 | | | | | |
| „ (St. Wladimir) | 1585 | | | | 43 | |
| St. Petersburg (Elisabeth) | 573 | | | | | |
| St. Petersburg (P. v. Oldenburg) | 1921 | | | | 37 | |
| Prag (Kaiser Frz. Jos.) | 990 | | 6000 | 11600 | 21 | 1,0 |
| Pest (arme Kdr.) | 727 | | 8800 | | 25 | 0,6 |
| Stuttgart (Olga H.-A.) | | | | | | 1,04 |
| Stettin (Kinderheil) | 315 | | | | 37 | 1,68 |
| Wien (St. Annen) | | 1039 | 13700 | | 20 | 1,22 |
| „ (Krp. Rudolf) | 358 | | 3300 | | 21 | 1,40 |
| „ (St. Joseph) | 644 | 961 | 9300 | 14000 | 24 | 0,99 |
| „ (Leopoldst.) | 790 | 1025 | | | 19 | 0,97 |
| „ (Carolinen) | ca. 1200 | | | | 33 | |
| Zürich (K.-Sp.) | 198 | 414 | | | 43 | 2,9 |
| | | | | Durchschnitt | ca. 31 | |
| Berlin (K. K. Friedrich-Kh.) . 1896 | | 2155 | | 8762 | 23,1 | 3,5 |
| Leipzig (Neues Krankenhaus) . . 1896 | | 1402 | | 4287 | 21,7 | 2,2 |

Die Aufenthaltsdauer im Durchschnitt 31 Tage ist da länger, wo viel chirurgische Kranke sich befinden.

## 8. Kosten.

Bei der Beschaffung der Kosten muss man stets mit dem Umstande rechnen, dass Krankheit und Mangel an genügender Krankenpflege vorzugsweise da herrschen, wo materielles Unvermögen sich findet, bei den Armen. Für diese also müssen im Krankenhause die Kosten stets von Andern aufgebracht werden, aus Privatgeschenken oder öffentlicher Beisteuer. Ein öffentliches Krankenhaus wird daher stets mit seinen Einnahmen hinter den Ausgaben zurückstehen.

## II. Fürsorge für chronisch kränkliche Kinder und Reconvalescenten.

Die Erfahrung lehrt, dass ein längerer Krankenhausaufenthalt Kindern nicht zuträglich ist, dass andererseits nach ihrer Entlassung diese noch zu ihrer völligen Wiederherstellung sorgsamer Fürsorge bedürfen und aller Hilfsmittel, welche die Natur uns bietet, gute Ernährung, Bewegung in frischer Luft, Bäder.

Wir finden für diesen Zweck in Deutschland folgende Einrichtungen:

1. Nachpflege der Reconvalescenten durch ambulante Speisung im Spital, Nachpflege in besonderen Genesungshäusern oder Heilbädern des Spitals.

2. Speisung und Milchpflege in sogenannten Stadtcolonien für schwächliche Kinder, nach Entlassung von der Schule oder zur Nachcur nach einem Sommeraufenthalt. Diese Einrichtungen schliessen sich meist an Horte und Schulen an.

3. Feriencolonien im Wald und an der See für Erholungsbedürftige.

4. Soolbäder und Heilstätten.

5. Seebäder mit ihren Hospizen; letztere beiden vorzugsweise für Scrophulöse und Rachitische, Alle diese Einrichtungen sind meist allerneuesten Datums. Sie scheinen aber alle lebensfähig zu sein und nehmen rasch an Umfang und Bedeutung zu. Nach genauerer Schilderung der deutschen Verhältnisse möge ein Vergleich mit ähnlichen Einrichtungen des Auslandes folgen.

### a) Deutsche Einrichtungen.

#### 1. Fürsorge für hospitalentlassene Kinder.

Die Fürsorge für hospitalentlassene Kinder wird nur selten vom Hospital in die Hand genommen, wie dies im Berner Kinderspital geschieht. Dort wurden (1880) die Reconvalescenten im Alter von 2—12 Jahren im Spital gespeist. Nur von wenigen Krankenhäusern ist es bekannt, wie vom Heiligen Geistspital in Frankfurt a. M., dass es für seine Reconvalescenten weiter sorgt durch Entsendung in Milchcuranstalten, nach Bad Nauheim oder nach einem eigenen Genesungshaus Maincur (gegründet 1868).

#### 2. Milchpflege. Stadtcolonien.

Statt dessen hat sich die private Fürsorge der Pflege kränklicher oder ungenügend ernährter Kinder in wachsendem Maasse angenommen. So hat sich Ende der 70er Jahre in Berlin der Verein für häusliche Gesundheitspflege gebildet, welcher durch 10 Bezirkscomités Stärkungsmittel, Milch, Badesalz, Speisemarken abgiebt oder für die Unterbringung unbeaufsichtigter Kinder in Horten sorgt. Hierfür verausgabte der Ver-

ein 1896 für 6300 Erwachsene und 9200 Kinder 38000 Mark, und vertheilte unter anderem 134000 Liter Milch.

In Berlin hat sich dabei das Zusammengehen dieses Vereins mit einer grösserer Anzahl anderer wohthätiger Gesellschaften sehr bewährt Desgleichen die 1896 erfolgte Einrichtung einer Control- und Auskunftsstelle für die gesammte städtische Wohlthätigkeitspflege.

Für 41 Städte Deutschlands berechnet, betrug die Zahl der in sog. Stadtcolonien verpflegten Kinder im Jahre 1896 etwa 7000, für die Zeit von 1885 bis 1896 aber 78600.

Diese Pflegeform, welche in täglichen gemeinsamen Ausflügen und Turnspielen der Kinder mit Verpflegung durch Milch und Butterbrod besteht, unter Leitung von Vertrauenspersonen, meist Lehrern, zeigt in der neueren Zeit vermehrte Aufnahme. Denn ihre Wirkung ist recht zufriedenstellend, allerdings haben für grössere Städte die weiten Entfernungen von der Wohnung der Kinder vom Coloniesammelplatz durch Ermüdung Unzuträglichkeiten veranlasst. Die Erfolge bestanden in der Erzielung grösserer Kraft Ausdauer und Frische bei den Kindern.

Die Kosten sind nicht bedeutend; sie schwanken zwischen 4 Pfennig und 89 Pfennig pro Kind und Tag; in Frankfurt a. M. mit durchschnittlichen Verhältnissen betragen sie 30 Pfennig pro Tag, was für die gewöhnliche Dauer der Milchpflege von $2^1/_2$ Monaten pro Kind etwa 15 Mark ausmacht. Bremen hat 5 öffentliche Milchstellen und speist an 3 Wochentagen Kinder unentgeltlich in der Volksküche; Düsseldorf verpflegt im Herbst eine Colonie von 830 Kindern dreimal täglich mit Milch. In Strassburg werden bis zu 10 pCt. der schulentlassenen Mädchen vom 14. bis 16. Jahr mit Milch verpflegt, ebenso in Barmen. In Heilbronn hat man mit 20000 Mark Kostenaufwand ein Ferienheim ausschliesslich für Tagespflege erbaut, wo im Sommer vom 2. Jahre ab gebadet und gespeist wird.

Das Heilbronner Ferienheim für Sommerpflege enthält zu ebener Erde einen Speisesaal für 70 Kinder, Speisekammer und Küche sowie Baderäume. Im ersten Stock befinden sich 4 Krankenzimmer zum stationären Aufenthalt für Gebrechlichere und 1 Schwesternzimmer.

Diese Art häuslicher Pflege am Ort hat sich besonders nützlich erwiesen in Form einer Nachpflege, Herbst- oder Winterpflege bei denjenigen Kindern, welche während des Sommerferienaufenthaltes in Colonien sich nicht genügend erholt hatten. Diese Nachpflege besteht je nach den vorhandenen Mitteln und der Bedürftigkeit, in einer Milchcur, Verabfolgung von Frühstück und Mittagessen, von Salzbädern oder gar Entsendung zur Wintercur ins Seehospiz zu Norderney.

Im Winter 1895/96 wurden auf diese Art in Winterpflege genommen von 20 Städten bezw. Vereinen über 2200 schwächliche Kinder mit einem Kostenaufwand von nahezu 10000 Mark. Um eine wirksame Winternachpflege zu erzielen, empfiehlt sich daher eine Controle der im Sommer verpflegten Kinder behufs Auswahl der einer Nachpflege Be-

dürftigen. Einem gleichen Bedürfniss entspringt die Gewährung von unentgeltlichem oder sehr billigem Mittagsessen an arme Schulkinder. Im Winter 1895/96 wurden so in Berlin über 400000 Essportionen abgegeben, in Cöln 40000, in Stettin ca. 23500, auch die Aufwendungen anderer Städte hierfür waren nicht geringe. Es ist zweifellos, dass durch eine Verbesserung der Ernährung armer Kinder Krankheit und körperliches Elend vielfach vermieden oder vermindert wird.

### 3. Feriencolonien.

Bei den eigentlichen Feriencolonien handelt es sich um Entsendung der Kinder in andere Gegenden für beschränkte Zeit, etwa drei Wochen, gewöhnlich in Abtheilungen von 24, unter Führung meist eines Lehrers. Angeregt 1876 von Pfarrer Bion in Zürich, haben dieselben die lebhafteste Aufnahme in Deutschland gefunden; und viele Städte schicken, mit Hilfe von Armenverwaltungen und freiwillig zahlenden Vereinen, ihre armen und kränklichen Kinder in die Colonien aufs Land, in den Wald, an die See. Die Fürsorge liegt meist in der Hand eigens dafür gebildeter Vereine. Doch entsenden auch Private, wie z. B. die Meierei C. Bolle kränkliche Kinder nach ihren eignen Heimstätten in Milow (Havel) und Borkum.

Man unterscheidet offene und geschlossene Colonien; in den offenen Colonien sind die Kinder bei einzelnen Familien in Kost und Wohnung. Indess hat diese Form sich mangels genügenden Zusammenhaltes und mangels geeigneter Familien nicht bewährt. Erziehlich besser wirken die geschlossenen Colonien, mit gemeinschaftlicher Unterkunft unter Aufsicht des Führers, in gemiethetem oder eigenem Hause. Die Verpflegung im eigenen Hause hat den Vortheil, die Speisen dem kindlichen Bedürfniss passend auswählen zu können und stellt sich um 30 pCt. billiger. Allerdings wird das Bau- und Einrichtungscapital hierbei nicht verzinst. Die Kosten der Feriencolonie einschliesslich Reise betragen bei umsichtigem Wirthschaften pro Kind und Tag durchschnittlich $^3/_4$—$^5/_4$, selten $1^3/_4$ Mark. 1896 existirten 22 eigene Kinderpflegehäuser in Deutschland. Als Muster eines gut gelegenen, nicht zu theuren, zweckmässigen solchen Hauses kann das Sommerheim des gemeinnützigen Vereins Dresden in Klingenberg gelten. Mitten im Wald gelegen, besteht dasselbe aus 2 getrennt stehenden Fachwerkbaracken für Knaben und Mädchen. In jeder Baracke sind 2 sonnige Schlafsäle für 25 Kinder, 1 Tageraum, 2 Zimmer für den Führer und 2 Kleiderkammern. Zwischen beiden Baracken das Wirthschaftsgebäude mit Badeeinrichtung, 2 Krankenzimmern und Wohnung für das Personal (3 bis 4 Personen). Diese 3 Gebäude sind durch einen gedeckten Gang verbunden, daneben ein Thorwachthaus und ein Vorrathsschuppen. Kauf, Bau und Einrichtung kosten 55000 M.; die Beköstigung pro Kind und 21 Tage 13,50 M. 1896 wurden in Deutschland von 134 Vereinen und Städten 13000 Kinder ausgesandt, davon wurden 3000 bei Familien auf dem Lande verpflegt und ca. 10000 in geschlossenen Colonien. Die Indi-

cationen für diese Colonien sind hauptsächlich ungenügende Ernährung, mangelhafte körperliche Entwickelung, geistige Unlust, Blutarmuth und Bleichsucht. Auch leichtere chronische Lungenkatarrhe, die in den ungünstigen Wohnungen daheim nicht ausheilen wollen, finden hier Genesung. Ebenso bessert sich bei Scrophulose das Allgemeinbefinden trotz der kurzen Dauer des Ferienaufenthaltes zusehends. Die augenblicklichen Erfolge der Feriencolonien sind zunächst Besserung des Aussehens, frischere Stimmung, eine wesentliche Gewichtszunahme; und vor Allem eine bedeutende Erweiterung des Brustkastens. Damit wird ihnen ein Stück neuer Lebenskraft geschenkt für den Kampf ums Dasein. Diese Erfolge verschwinden in den meisten Fällen auch nicht wieder. Die Kinder bleiben kräftiger vermöge der eminenten Federkraft des kindlichen Organismus, die Alles wieder ausgleicht, wenn man ihr eine Last abgenommen hat. Die Erfolge in den eigenen Pflegehäusern sind, nach den Berichten zu schliessen, in körperlicher wie erziehlicher Hinsicht noch bessere als zur Zeit vor dem Bestehen derselben.

Obwohl die Fürsorge für Taubstumme und Blinde an und für sich nicht in dies Capitel fällt, sei doch erwähnt, dass der Berliner Verein für häusliche Gesundheitspflege 16 taubstumme Kinder in besonderen Colonien nach Luisenhall sandte. Auch deren Vereinigung mit Colonien Nichttaubstummer bewährte sich. Blinde wurden in Abtheilungen von je 5 mit einem Leiter von der städtischen Blindenanstalt ausgesandt und alle sind mit unvergesslichen Eindrücken wiedergekommen.

### 4. Sool- und Seebäder und Kinderheilstätten.

Besonders für Scrophulöse und der Tuberculose Verdächtige sind Soole- und Seebäder in Aufnahme gekommen.

Die Benutzung derselben ist in Deutschland erst in neuerer Zeit populär geworden. Wenn auch Doberan als erstes Seebad 1794 (s. Arch. f. Kk. 1887, S. 400) erwähnt wird, ist die Frage doch erst mit Eröffnung des Seehospizes zu Norderney 1885 befriedigend gelöst worden. Für Soolebäder bestand 1862—67 nur eine Kinderheilanstalt in Jagstfeld, welche während dieser Zeit 712 Kinder verpflegte. Neuerdings hat sich aber in umfangreichem Maasse die öffentliche Fürsorge und mehr noch die private Fürsorge (Frauenvereine, Feriencolonievereine) bemüht, die Wohlthat heilkräftiger Soole- und Seebadcuren allgemein zugänglich zu machen. Das ganze Unternehmen hat einen Mittelpunkt gefunden in der Berliner Centralstelle der Vereinigungen für Sommerpflege in Deutschland. Diese Vereinigung berichtet über den Umfang der Sommerpflege 1896 in Deutschland, soweit sie bekannt geworden ist:

Es wurden in Deutschland 1896 verpflegt durch freiwillige Spenden 25000 unbemittelte Kinder mit 713,000 Mk. Kosten.

| | |
|---|---|
| Davon in geschlossenen Colonien | 9900 |
| bei Familien auf dem Lande | 3000 |
| in Soolebädern | 3500 |
| in Seebädern | 1500 |
| in Stadtcolonien | 7000 |

Die Ausgabe für Aufenthalt in 29 Soolbadasylen betrug 431,000 Mk., für Kosten in 14 Seebadeasylen 229,000 Mk. Allein das Comité für Feriencolonien des Berliner Vereins für häusliche Gesundheitspflege sandte 1896 aus nach 52 Orten in:

| | | |
|---|---|---|
| Feriencolonien | 726 | Kinder |
| Soolebäder | 828 | „ |
| Seebäder | 597 | „ |
| und verpflegte in 22 Stadtcolonien | 1100 | „ |
| und verausgabte dafür | 110,622 | Mark. |

Indicationen der Soole- und Seebäder. Die Wirkung der salzhaltigen Bäder ist eine anregende; es wird ein Reiz auf die Haut ausgeübt, der Lymph- und Blutstrom beschleunigt, der Stoffwechsel angeregt. Appetit und Schlaf heben sich bei zweckmässiger Anwendung des Bades und danach stattfindender Ruhe, und chronische Entzündungen, Exsudate, Drüsenschwellungen werden gebessert oder geheilt. Daneben wirkt die Seeluft als weiterer Heilfactor anregend und erkältungswidrig.

Die Scrophulose der Haut, des Auges, den chronischen Rheumatismus sendet man mit Vorliebe in die Soolebäder; an die See dagegen vor Allem die Tuberculose der Knochen und Gelenke, welche auf ausschliesslich chirurgische Behandlung nicht reagirt. Daneben theilen sich Soolebäder und See in die grosse Zahl von Blutarmen, Schwachen, Neurasthenischen und auch Respirationskrankheiten, bei welch' letzterer namentlich die See gute Erfolge zu verzeichnen hat. Die Lungenverdächtigen unter den Berliner Colonisten werden, theilweise mit gutem Erfolg, nach Salzbrunn gesandt. Herzkranke fühlen sich in der Seeluft meist wohl. Viel kommt für den Erfolg auf das Wetter an. Naturgemäss werden durch ungünstige Witterung z. B. nassen Sommer, die Erfolge herabgemindert durch Benachtheiligung der Athmungsorgane. Doch giebt es auch Contraindicationen. So schliesst fortgeschrittene Tuberculose der Lungen die Seebäder aus. Sehr nervöse Naturen werden meist an der See schlaflos; für hochgradige Blutarmuth sind auch stärkere Soolebäder zu angreifend und Herzkranke werden nur günstig beeinflusst durch Bäder in einem nicht zu vorgeschrittenen Stadium.

Bei der Behandlung wenden die Seebadeanstalten sowohl Seebad wie Soole an. So behandelt man Nervenkranke mit kurzen kühlen Soole- oder Seebädern, mit Massage oder Elektrizität. Anämische erhalten neben guter Pflege nur schwache Soolebäder und Waldaufenthalt, während für Scrophulöse starke Soole, Gurgelungen, Sooleumschläge und später Seebad, kräftiges Essen und reichlicher Luftaufenthalt sich be-

währt haben. Im Sommerheim zu Colberg werden 3 mal wöchentlich Seebäder gegeben, Soolebäder 2—3 mal soviel.

Neuerdings hat man auch mit gutem Erfolge Wintercuren eingerichtet.

Derartige Winterpflegecuren bestanden im Winter 1895—96:

1. Elmen bei Gr. Salze, Kaiserin Augusta-Kinderhospital. 31 Kinder mit 1725 Pflegetagen erhielten 606 Bäder.

2. Lüneburg, Kinderhospital.

3. Nauheim, Kinderheilanstalt.

4. Salzuflen, Kinderheilanstalt (92 Kinder mit ca. 5400 Pflegetagen).

5. Sassendorf, Kinderheilanstalt.

Die Kosten in diesen Anstalten betragen ca. 1 Mk. pro Tag.

6. Norderney, Kaiserin Friedrich-Seehospiz.

Im Seehospiz waren im Winter 138 Kinder, von denen 33 pCt. geheilt und 43 pCt. erheblich gebessert wurden. Anscheinend wirken dort die Wintercuren noch besser als die Sommercuren bei respiratorischen Krankheiten, bei anämischen und neurasthenischen Zuständen, durch die anregende und stärkende Wirkung des Klimas. Es war den Kindern möglich, täglich fast 4 Stunden im Freien zu verbringen. Von den 167 Tagen der Wintercur waren nur 1 ganzer und 18 halbe Tage für den Aufenthalt im Freien ungeeignet.

Die Kinderheilanstalten bestehen, abgesehen von denjenigen, welche sich für Winterpflege eingerichtet haben, meist aus leichtem Barackenbau. Derselbe ist billig und luftig, aber meist nur für den Sommer brauchbar. Da die Kinder den grössten Theil des Tages im Freien sind, und die Gebäude gewöhnlich frei liegen, ist der Luftraum kleiner als in Hospitälern bemessen (20 cbm). Wichtig sind Wandelgänge resp. Glashallen zum Tagesaufenthalt bei schlechtem Wetter.

Der nur für Sommerpflege bestimmte Barackenbau der 1897 errichteten Pfälzischen Kinderheilstätte in Dürkheim a. H. ist wohl der grösste und bietet seit 1898 Unterkunft für 350 Kinder.

Das Seehospiz zu Norderney ist im Pavillonstil erbaut. Als nothwendig haben sich auch einige Isolirabtheilungen herausgestellt. Im Allgemeinen ist die Gefahr einer Epidemie an der See gering, wohl in Folge der starken Durchlüftung. So musste nur in einem Falle eine Anstalt geschlossen werden, im Uebrigen gelang es immer, die wenigen auftretenden Fälle rasch zu isoliren und einer Weiterverbreitung so vorzubeugen.

Die Kosten des Soolbadeaufenthaltes für Bemittelte betragen nicht unter 2 Mk. täglich, mehrfach auch 3 und 4 Mk., für Unbemittelte giebt es mehrfach Freistellen.

Beschaffung der Verpflegungskosten. Die Kosten in den Seehospizen sind nicht bedeutender als 2—3 Mk. pro Tag, für Unbemittelte meist 10 Mk. wöchentlich. Die Gratisbenutzung der Soole- und Seebäder wird ermöglicht dadurch, dass etwa in der Hälfte aller

Soolebäder wie auch in einigen Seebädern Freistellen existiren. So nimmt z. B. das jüdische Curhospital zu Colberg nur unentgeltlich auf und verpflegt unter 124 Pensionären 47 Kinder. Das christliche Curhospital Siloah zu Colberg hat im Jahr etwa 60 Freistellen zu vergeben, das Kinderheilbad Sulza $130\frac{1}{2}$ Freistellen. Ferner werden Mittel bewilligt von Behörden, von privaten Stiftern und von Frauenhilfsvereinen. 1896 wurden von 89 Vereinen in 76 Städten für ca. 22000 Kinder 706000 Mk. gesammelt. Die höchsten Einnahmen erbrachten die einmaligen und ausserordentlichen Geschenke mit ca. 154000 Mk., die Mitgliedsbeiträge mit 139000 Mk. und die Hauscollecten mit ca. 117500 Mk.

Einen sehr nachahmenswerthen Modus der Mittelbeschaffung hat die Pfälzische Kinderheilstätte in Dürkheim a. H. Sie erhält jährliche Beiträge theils aus den Districtskassen, theils von den einzelnen Gemeinden in der Höhe von 5 bis 300 Mark, ausserdem wird sie namhaft unterstützt aus dem Kreisfond.

Es ist nicht nöthig, alle Soole- und Seebäder einzeln aufzuführen. Sie finden sich in jedem Bäderlexicon. Nur auf die Darstellung ihrer Wirksamkeit kam es hier an.

Der Bericht der Centralstelle der Vereinigungen für Sommerpflege zählt für 1896 29 Kinderheilanstalten in Soolebädern und 14 solche in Seebädern auf.

Die Erfolge der Soole- und Seebadecuren werden procentarisch sehr verschieden angegeben, meist mit 30—40 pCt. Abgesehen von subjectiven Verschiedenheiten in der Bezeichnung gebessert und geheilt trägt hierzu die verschieden lange Aufenthaltsdauer bei. Je länger der Aufenthalt, desto grösser der Erfolg. Es ist nicht anzunehmen, dass viele Knochentuberculosen durch 6wöchentliche Badecur ausheilen. Es kommt vielmehr auch darauf an, ob ein chirurgischer Eingriff im gegebenen Falle zur Unterstützung der Salzbäder herangezogen wird. Treffen alle diese Factoren zusammen: Gute Pflege im Soole- oder Seebad, chirurgische Behandlung und genügend langer Aufenthalt, so werden wir wohl auch 75 und 85 pCt. Heilungen erzielen wie die Musteranstalten des Auslandes, allen voran Berck sur Mer in Frankreich.

Jedenfalls steht es fest, dass für Scrophulose, Rhachitis, Knochen- und Gelenktuberculose der Land- resp. Seeaufenthalt mindestens ebenso gute, oft wohl noch bessere Resultate ergiebt als der Spitalaufenthalt. Bei operativen Fällen ist der Spitalaufenthalt nicht zu vermeiden; zur Vervollständigung des Erfolges aber dienen Seebäder und Curorte. Ein Anfang mit der Combination von operativer Behandlung und Salzbadecur ist an verschiedenen Orten gemacht worden, so vor Allem im Victoriastift zu Kreuznach, wo auch grössere Operationen ausgeführt werden, und im Seehospiz zu Norderney. Auch im christlichen Curspital Siloah in Colberg wird operirt und selbst schwere Knochen- und Gelenktuberculose nehmen dort mitunter an Gewicht zu.

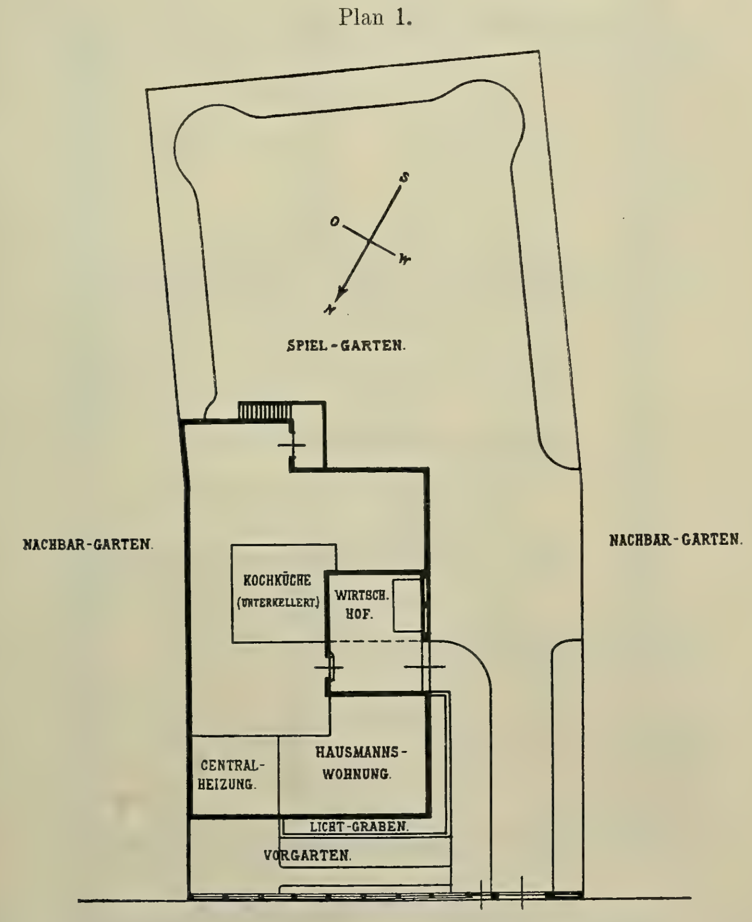
### 5. Die Kinderheilstätte in Halle a. S.

Anschliessend an die Kinderheilanstalten in Soolebädern sei einer Neueinrichtung gedacht, die nicht an die Anwesenheit einer Soolquelle gebunden ist: einer Kinderheilstätte, welche mit künstlichen Soolebädern arbeitet. Eine solche haben wir in Halle a. S., nachdem innerhalb des Soolebades Wittekind bei Halle aus financiellen Gründen von einem Neubau abgesehen werden musste.

Da die Erfahrungen mit einer derartigen Anstalt, die sich in jeder Stadt errichten lässt, neue sind, und die Erfolge ausserordentlich zufriedenstellende, sei es gestattet, an dieser Stelle etwas eingehender darüber zu berichten.

Die Kinderheilstätte ist auf Anregung der Section Halle des Vater-

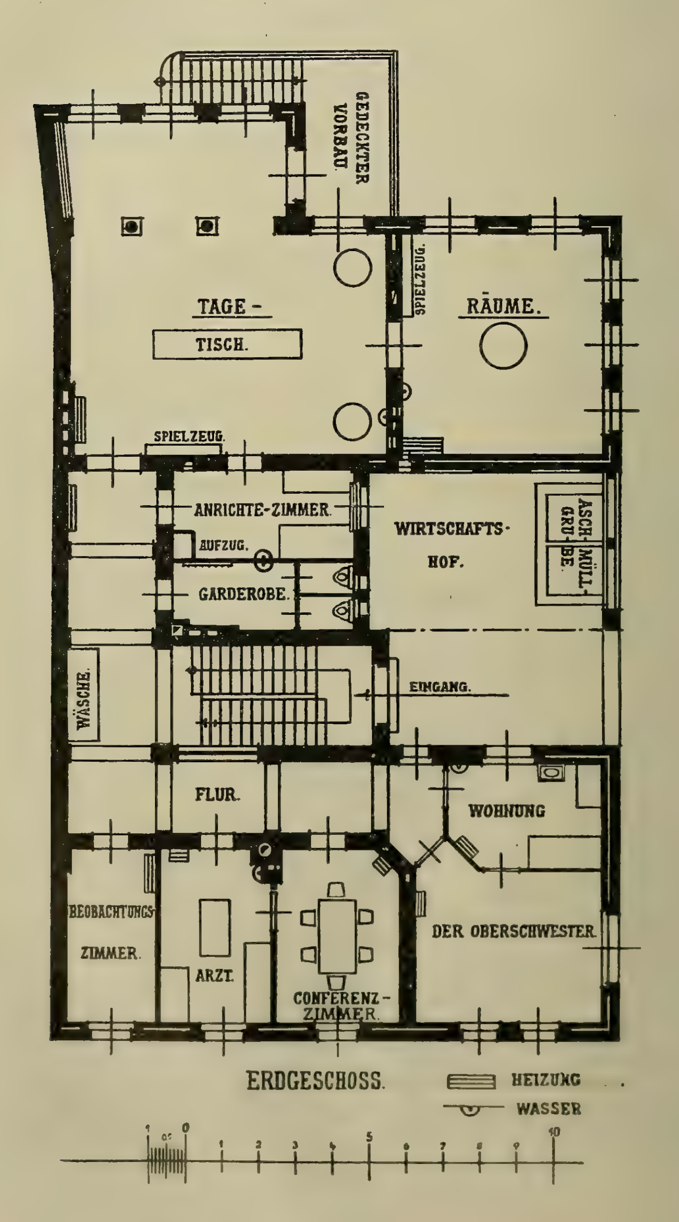
Plan 1.




Die Kinderheilstätte des Vaterländischen Frauenvereins zu Halle a. Saale.
Lageplan.
Untergeschoss.

ländischen Frauenvereins entstanden und wurde im Sommer 1896 dem Betriebe übergeben. Da sie auch im Winter benutzt werden sollte und andrerseits an Raum gespart werden musste, so wurde von einem Barackenbau und räumlich getrennten Wirthschaftsräumen abgesehen. Auch konnten die Kindersäle nicht ebenerdig angelegt werden. Das

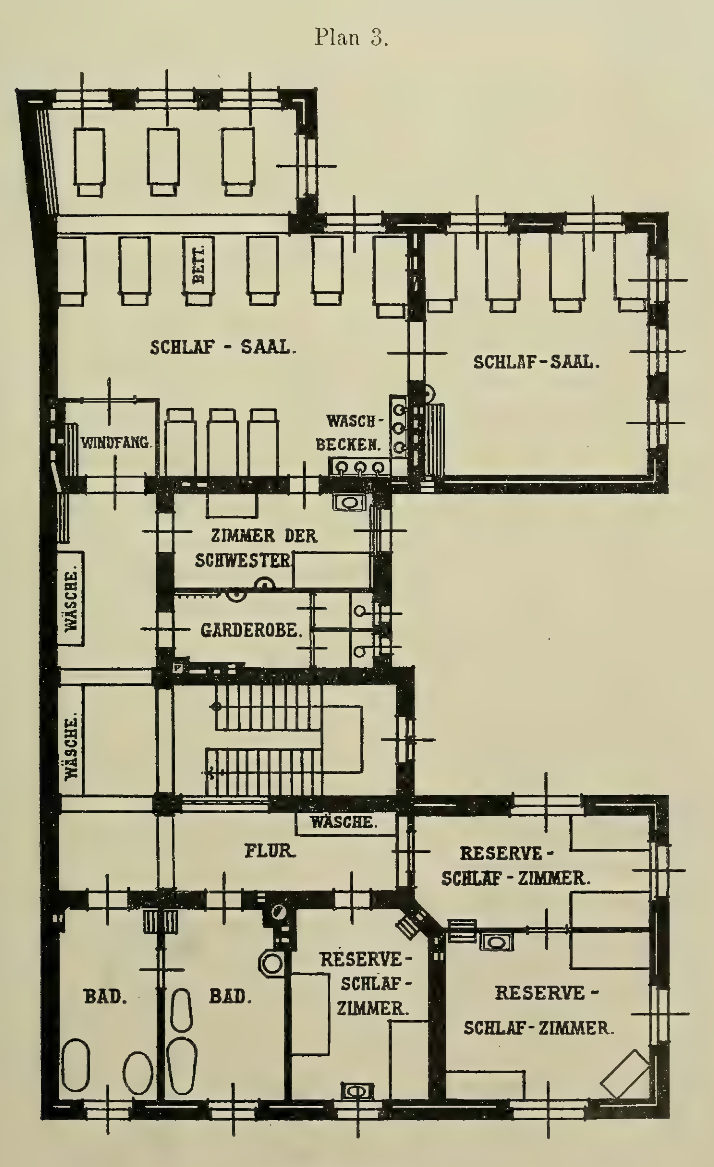
Plan 2.



Haus steht in freier Gegend, am Südende der Stadt, auf bisher unbebautem Boden, mitten in Gärten. Sonne und frische Luft haben reichlichen Zutritt. Im Untergeschoss befinden sich Hausmannswohnung, Central- (Niederdruckdampf-) Heizung, Waschküche und Wirthschaftsräume, welch letztere durch Aufzug mit den oberen Stockwerken verbunden sind.

Belästigungen der oberen Stockwerke durch Küchengerüche entstehen nicht. Die Rippenheizkörper sind mit Gittern umgeben, so dass Ver-

Plan 3.




Obergeschoss.

sengen der Kinder nicht stattfinden kann. Für Ventilation ist durch Abluftklappen gesorgt; die Luft ist stets vorzüglich, die Wärme gleichmässig in Zimmern und Corridoren. Die Besorgung der Heizung ist denkbar einfach, die Kosten des Heizbetriebs nicht theuer.

Im Erdgeschoss (Hochparterre) sind die Tageräume mit gedeckter Veranda, ein Beobachtungs- resp. Isolirzimmer, sowie Räume für Arzt, Oberschwester und Verwaltung. Die zum Garten führende Treppe wird selbst von den ungeschicktesten Kindern leicht begangen. Die Veranda ist unentbehrlich zum Aufenthalt für kleinere Kinder, die noch nicht laufen können.

Im Obergeschoss befinden sich die 2 Schlafsäle mit 6 und 15 Betten; ausserdem noch 3 Reservezimmer für Kinder, die aus irgend einem Grunde von den andern getrennt schlafen sollen. Diese vielen besonderen Räume haben sich als sehr nothwendig herausgestellt. In mehreren Baderäumen werden Soole- und andere Bäder gegeben und etwaige Abhärtungscuren mit Wasser vorgenommen.

Als vortheilhaft zeigt sich der Ausbau des Hauses nach Südwesten, durch welchen an Lichtfläche gewonnen ist. Nothwendig ist im Schlafsaal der Windfang an der Thür.

Die Betten haben Seegrasmatratzen, auch eine Loofahmatratze hat sich ganz besonders bewährt, als Decken zwei Wolldecken. Die Wände zur halben Höhe mit Emailfarben gestrichen und abwaschbar; die Böden in den Zimmern mit Holzdielen oder Linoleum, in den Corridoren Terrazzo. Im ganzen Hause sind gute Lichtverhältnisse (1 : 5). Closets mit Wasserpülung finden sich in allen Stockwerken. Ueber dem Obergeschoss befinden sich Bodenräume, Schlafzimmer der Dienstmädchen und eine nicht zu entbehrende Plattform zum Trocknen der Wäsche.

Es ist zur Zeit Raum für höchstens 27 Kinder vorhanden, daneben für 6 Erwachsene (2 Schwestern, 2 Hausmädchen, 2 Hausmannsleute), so dass von dem Gesammtareal von 1350 qm auf den Kopf im vollbesetzten Hause etwa 41 qm kommen, bei der durchschnittlichen Besetzung mit 6 Erwachsenen und 15 Kindern aber 65 qm pro Kopf. Der grösste Schlafsaal mit 14 (im Plan 12) Betten enthält 269 cbm Luftraum, also pro Bett $18^1/_2$ cbm, eine genügende Luftmenge, da die Lüftung ausgezeichnet arbeitet und wir keine acut Kranken verpflegen, welche grösserer Luftmengen bedürfen.

Kosten. Bezüglich der Herstellungskosten ist zu sagen, dass die Anstalt 75000 Mark kostet, somit auf ein Pfleglingsbett 2700 Mark kommen. Davon entfallen auf den (geschenkten) Bauplatz 10000 Mark, das Gebäude 57500 Mark, das Mobiliar 7600 Mark.

Die Betriebskosten (Heizung, Instandhaltung, Gehälter) belaufen sich im ersten Betriebsjahr auf 1750 Mark. Die Verpflegungskosten bei einem durchschnittlichen Bestande von 4 Erwachsenen und 15 Pfleglingen auf 70 Pfennig pro Tag und Kopf.

Der Pensionspreis beträgt 7 und 10 Mark wöchentlich, für Freibetten ist genügend gesorgt.

Das Krankenmaterial. Aufgenommen werden Kinder von $1^1/_4$ bis 14 Jahren; dieselben tragen waschbare Anstaltskleidung, was sehr zu empfehlen ist, auch wenn es den Betrieb vertheuert. Das bisherige Krankenmaterial zeigte vorzugsweise zwei Gruppen:

1. schlecht genährte kränkliche Kinder armer Leute, zurückgeblieben in Folge ungenügender Ernährung, Wohnung und mangelnder Pflege, Rachitis, Atrophie, Anämie, verdächtige Katarrhe, Scrophulose, Knochentuberculose bilden hier das Haupkontingent;
2. blasse, reizbare Kinder aus vermögenden Familien, vielfach mit Verdauungsstörungen und Appetitlosigkeit, Kopfweh, Schlaflosigkeit behaftet, in Folge fehlerhafter Erziehung und übereifriger falscher Fürsorge der allzu ängstlichen Eltern.

Daneben Reconvalescenten von Typhus, Diphtherie, Scharlach (nach der Abschuppung) und Herzfehlerkranke.

Erfolge. Abgesehen von den Herzfehlerkranken, die sich nur subjectiv wohler fühlten, waren die Erfolge des Anstaltsaufenthalts überraschend. Vor Allem wirkt hier wohl das regelmässige Leben, das gute Essen, die Reinlichkeit und der erzieherische Einfluss; daneben abhärtend die Wassercuren, appetitanregend die Soolbäder, der ständige Aufenthalt im Freien mit allgemeinen Spielen, die, gegenüber häuslichen Verhältnissen, viel kühleren, gut durchlüfteten Betten. Nicht zum mindesten vielleicht auch wirkt der Einfluss des gemeinsamen heiteren Lebens unter vielen Kindern anregend.

Die Kinder bekommen in Folge dessen schon nach wenigen Tagen ein anderes Aussehen, fast alle essen nach wenigen Tagen gut, die Rachitischen verlieren ihre Unlust, ihre Krämpfe, die Gelenkschmerzen und den dicken Leib, bekommen festeres Fleisch, lernen schnell sitzen und stehen. Die Darmkatarrhe und Magenbeschwerden verschwinden unter der regelmässigen Diät rasch, zugleich die Blässe und Kopfschmerzen und die choreatische Unruhe. Scrophulöse Ausschläge heilen schnell und auch die chronischen Lungenkatarrhe verschwanden bald zu unserer Freude. Der Aufenthalt betrug meist 4 Wochen, oft länger. In diesen 4 Wochen nehmen die Kinder 1—2 kg an Körpergewicht zu vermuthlich noch mehr an festen Bestandtheilen, und verlieren an Wassergehalt. — Daneben gewinnen viele an Munterkeit und Frische. Der Nutzen ist vielfach ein bleibender und noch nach Jahresfrist zu erkennender, aus gleichen Gründen wie bei den Feriencolonisten. Nur in einzelnen Fällen, bei sehr kurzem Anstaltsaufenthalt und sehr ungünstigen häuslichen Verhältnissen, gingen die Kinder zu Hause wieder in ihrem Wohlbefinden zurück. Die Anstalt ist auch im Winter geöffnet und kann mit dén Erfolgen zufrieden sein.

### b) Feriencolonien, Soole- und Seebäder im Ausland.

Die Feriencolonien haben auch in Frankreich Aufnahme gefunden, die Erfolge scheinen befriedigend, die Ausgaben höher als bei uns (2—4 Francs) Auch in England hat die Ferienversorgung

sich heimisch gemacht; 1896 wurden 28733 Kinder nach 8530 Orten in die Sommerfrische geschickt. Eine Besonderheit bieten sie nur im Lande ihrer Entstehung, in der Schweiz, wo das Höhenklima als Heilfactor benutzt wird, die Höhendifferenz der meisten Curorte untereinander betrug 400—600 Meter, fast alle liegen in der Region des subalpinen Klimas 500—1000 Meter über dem Meer. Für Mädchen und zarte Kinder werden möglichst niedriger gelegene Orte gewählt. In diesen Höhencurorten der Schweiz wurden 1893 1400 Kinder verpflegt. Nachrichten liegen vor von der Erholungsstation Schwäbrich, welche das ganze Jahr hindurch offen ist, und von der Zellwegerschen Kindercuranstalt in Trogen bei St. Gallen, 905 Meter hoch. Für Blutarme werden gute Erfolge angegeben; eine Contraindication bildet Herzleiden. An Soolebädern ist das Ausland nicht so reich wie wir, desto mehr hat es seine Küsten ausgenutzt. Allen voran England, welches schon Ende des vorigen Jahrhunderts in Margate ein Hospital errichtete. Alle diese Einrichtungen verdankt das Land einer grossartigen Privatwohlthätigkeit. Dabei werden die englischen Hospitäler mit mehr Comfort eingerichtet als unsere; theilweise sogar mit unnöthiger Verschwendung. Meist aber handelt es sich dort bei den Erholungsstätten an der Küste um einfache Unterkünfte (Convalescent houses), ohne ärztliche Aufsicht, bei denen nicht einmal die Seebadegelegenheit immer ausgenutzt wird, sondern wo der Aufenthalt in der Seeluft den Heilfactor darstellt. Sie ergänzen in dieser Weise die Hospitalcur. 1881 gab es 157 solcher Häuser mit 5248 Betten, von denen 46 auch Kinder aufnahmen. 33 Anstalten befanden sich an der Küste. In den auschliesslich für Kinder bestehenden Anstalten waren 491 Betten.

In New-York besteht in der gleichen Absicht, den Kindern die Seeluft zu Gute kommen zu lassen, die Einrichtung, auf einem grösseren Dampfer täglich 100—1500 Kinder ins Meer hinausfahren zu lassen.

Italien hat eine grosse Anzahl Seehospize für Kinder; das erste 1856 in Viareggio, 1857 ca. 20; in denen von 1856—1882 52000 Kinder verpflegt wurden.

Die Fürsorge für diese Unternehmungen liegt in der Hand von städtischen Localcomités, welche die Mitteln sammeln, die bedürftigen Kinder auswählen und in die Küstenheilanstalten schicken. Da, ausser in Palermo, keine Wintercuren unternommen werden und die Saison nur vom halben Juni bis halben September dauert, innerhalb deren die Kinder zwei bis dreimal wechseln, kann von ausgiebigen Erfolgen bei Scrophulose und Tuberculose nicht die Rede sein. Ausserdem werden grössere operative Eingriffe in diesen Hospizen nicht gemacht. So giebt Loano bei Genua seine Geheilten mit 24 pCt., seine Gebesserten mit 50 pCt. an; für die Pfleglinge der Stadt Como in deren Hospizen werden 33 pCt. Heilung und 56 pCt. Gebesserte gemeldet. Allerdings zeigt sich eine günstige Nachwirkung der Cur, indem viele Gebesserte bald zu Hause heilen. Am günstigsten waren die Erfolge bei torpider Scrophulose; über Heilung von Lungenaffectionen lauten die Berichte widersprechend.

Eine italienische Besonderheit sind die Schulen für Rachitische, denen wir etwas Gleichwerthiges nicht an die Seite zu setzen haben. Die wenigen Anstalten bei uns, welche speciell Verkrüppelte aufnehmen, kommen dagegen kaum in Betracht. In diesen italienischen Anstalten werden 2—14jährige Kinder unterrichtet, erhalten Speisung, Seebäder sowie alles, was orthopädische Chirurgie, electrische Behandlung und sorgfältige Pflege vermögen; die Kinder bleiben im Allgemeinen nur am Tage da, doch finden sich für pflegebedürftigere auch einige stationäre Betten. Solche Schulen befinden sich in Palermo, Bologna, Mailand, Turin, Genua; sie werden unterhalten von eigenen Vereinen; die Kosten betragen in Turin 127 Lire, in Mailand 447 Lire pro Jahr und Kind.

Auch Holland verzichtet auf grössere Eingriffe und hält drei Seehospize nur zur Erholung während der Badezeit geöffnet.

In Oesterreich weisen neuerdings die Soole- und Seebäder durch Anstellung chirurgisch geschulter Aerzte und unbeschränkte Verpfegungsdauer wesentlich bessere Resultate als früher, und als wir heute noch, auf. Früher bestand ein Spital für arme scrophulöse Kinder in Baden, dem aber ein Isolirraum ebenso eine eigene Badeeinrichtung fehlte. Das Kaiserin Elisabeth Kinderspital in Bad Hall (Ober - Oesterreich) mit einer Jahresaufnahme, die von 107 im Jahre 1860 auf 374 im Jahre 1881 stieg, dessen Wintercuren aber mangels genügender Mittel eingestellt werden mussten. Daneben bestanden zwei Seehospize, eins in Triest und eins in Grado.

Das letztere verpflegte 1873—85 im Ganzen 445 Kinder, während welcher Zeit keine einzige infectiöse Erkrankung und kein Todesfall vorkam, gewiss ein Zeichen der günstigen Ortsverhältnisse und eines aufmerksamen ärztlichen Betriebes. Erst mit der Begründung eines „Vereins zur Errichtung und Förderung von Seehospizen und Asylen für arme, scrophulöse und rhachitische Kinder Wiens“, etwa 1885, wurden grössere Mittel für diesen Zweck flüssig.

Dieser Verein sandte 1896 mit einem Kostenaufwand von 62700 fl. kranke Kinder nach dem Kaiser Franz Josephhospiz in Sulzbach bei Ischl und nach dem Seehospiz S. Pelagio. Die Erfolge in beiden Anstalten sprechen für deren Zweckmässigkeit. In beiden geht der Betrieb das ganze Jahr hindurch. Für das Jahr 1896 wurden

| | in Sulzbach | in S. Pelagio |
|---|---|---|
| verpflegt Kinder . . . . . . . | 214 | 406 |
| mit Tagen wenigstens . . . . | 23 | 70 |
| „ „ höchstens . . . . | 366 | 366 |
| „ „ durchschnittlich . . . | 88 | 130 |
| „ Heilungsprocent . . . . . | 79 | 66 |
| „ Todten pCt. . . . . . . . | 4 | 6,7 |
| „ täglichen Kosten fl. . . . | 0,81 | — |

In S. Pelagio wurde operirt, in Sulzbach streng conservativ behandelt (nur mit Necrotomieoperation). Sulzbach, wo Kinder im Alter von 2—15, meist aber von 6—14 Jahren behandelt wurden, giebt gute Erfolge an für Lymphome, Knochen- und Gelenktuberculose, Lungen-

spitzencatarrhe auch mit Knochencomplicationen, pleuritische Exsudate und schwere nervöse Störungen. Auch Herzklappenfehler verloren ihre Beschwerden. Nicht zu heilen waren vorgeschrittene Lungeninfiltrationen — von deren Aufnahme die Verwaltungen beider Anstalten abrathen.

Die wenigen aufgetretenen Infectionskrankheiten wurden durch sorgfältige Beaufsichtigung mit Hilfe der Isolirpavillons auf einzelne Fälle beschränkt.

In Sulzbach kamen 1896 unter den 214 Kindern 15 infectiöse (4 Scharlach-, 3 Masern-) Fälle vor, in St. Pelagio nur 7 (1 Scharlach).

Die Heilungsresultate sind hier also viel bessere, als wie wir sie bisher kennen lernten, wohl vermöge der Verbindung von ärztlicher Behandlung mit langer Curdauer im Heilbad.

Die besten Heilerfolge erzielt zweifellos Frankreich in seiner Musteranstalt Berck sur Mer. Diese Anstalt ist von der staatlichen Assistance publique mit Aufwand von $3^1/_4$ Millionen Francs erbaut. Die Verpflegungskosten betragen täglich 2,1 Francs, die Behandlungsdauer ist unbeschränkt. Es ist Raum für 734 Kinderbetten und 100 Pfleger, die Cur wird das ganze Jahr fortgesetzt, im Winter in einem Bassin mit warmem Seewasser gebadet. Die Pfleglinge stammen fast ausschliesslich aus den beiden grossen Kinderhospitälern und dem Findelhause von Paris. Es kommen nicht blos Scrophulöse an die See, sondern auch Krüppel und Verpflegungsbedürftige aller Art; und es werden ohne Ausnahme auch verzweifelte Fälle aufgenommen. Um so anerkennenswerther sind die Erfolge bei der Behandlung von 211 scrophulösen Kindern in den Jahren 1871—82: von denselben wurden

geheilt . . . . 180 = 85 pCt.
gebessert . . . 17
Es starben . . . 14 = $6^1/_{10}$ pCt.

bei einer Aufenthaltsdauer von 423 bis 1264, im Durchschnitt 576 Tagen.

Aus den Hospizen anderer Länder stehen mir ausführliche Heilberichte nicht zur Verfügung. Die 2 belgischen Anstalten in Middelkeke bei Ostende mit 300 Betten und Dr. von Abeelen's in Blankenberghe mit 200 Betten haben Jahresbetrieb und wohl auch operative Behandlung; desgleichen das dänische Hospiz Ressnaes mit 150 Betten. In Oranienbaum in Russland besteht als kleiner Anfang ein Hospiz mit 52 Betten.

## III. Zusammenfassung und Vorschläge.

Sowohl ein Theil der hospitalentlassenen Kinder, wie die grosse Zahl chronisch kränklicher Kinder bedarf einer speciellen Fürsorge. Dieselbe kann mit nicht sehr bedeutenden Mitteln bewirkt werden durch Feriencolonien oder für Kinder, welche einer ärztlichen Regelung der Erholungscur bedürfen, durch Kinderheilstätten. Die Kinderheilstätten empfiehlt es sich in grösserer Anzahl als bisher zu errichten in Anbetracht der bisherigen günstigen Erfahrungen.

Speciell zur Befestigung der Erfolge des Feriencolonieaufenthaltes wird sich eine Auslese, Controle und Nachpflege der nicht genügend erholten Kinder in grösserem Umfange als bisher empfehlen. Im Interesse der Scrophulösen und Tuberculösen ist die Einrichtung mustergiltiger operativer Anstalten in Sool- und Seebädern in ausgedehnterem Maasse als bisher zu wünschen, da der Aufenthalt dort mehr Erfolg verspricht, als in einem Kinderspital allein oder einem Heilbad ohne chirurgische Hilfe. Die Erfolge in der Behandlung der Kinder sind um so lohnender, als dieselben nicht blos augenblickliche, sondern meist bleibende sind vermöge der ausserordentlichen Federkraft des kindlichen Organismus.

---

# 9. Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Blinde und Augenkranke.

Von

Prof. Dr. **P. Silex,**

Augenarzt in Berlin.

---

## a) Fürsorge für Blinde.

Genauere statistische Untersuchungen ergeben, dass im Durchschnitt etwas mehr als 8,0 Blinde auf 10000 Menschen kommen. Verschiedene Umstände, wie Wohlstand, Bildung, Beschäftigung, Klima, die Möglichkeit ärztlicher Hülfeleistung u. s. w. bringen es mit sich, dass die Zahlen in den einzelnen Ländern sehr schwanken. So fanden sich in Holland z. B. nur 4 Blinde auf 10000, während in Deutschland 8,5, in Norwegen 13,6, in Argentinien 20,0, in Russland 21,0 und in Irland 34,0 auf die gleiche Anzahl gezählt werden. Bei 45 Millionen Einwohnern haben wir in Deutschland demnach rund etwa 39000 Blinde. Zieht man in Betracht, dass nur ein kleiner Theil derselben im Stande ist, vollständig für sich zu sorgen und sich zu ernähren, so ergiebt sich, dass der Gemeinschaft der Sehenden, d. h. dem Staate volkswirthschaftlich eine schwere Last aufgebürdet wird, so gross, dass es, natürlich auch vom humanitären Standpunkte aus, den besten Elementen der Nationen seit langer Zeit als ein hohes erstrebenswerthes Ziel vorschwebte, dieselbe durch Förderung hygienischer Kenntnisse, rationelle ärztliche Behandlung, Einrichtung besonderer Anstalten für Augenkranke und Blinde zu vermindern. Und dazu kommt, dass durch diese Maassnahmen, indem sie die Zahl der Blinden verringern, eine unendliche Summe von menschlichem Elend und Jammer getilgt wird, der schönste Lohn für alle Mühe und Arbeit.

Nicht immer ist es so gewesen. Vor 100 Jahren ungefähr kümmerte man sich in Europa nicht viel um das Schicksal der Blinden. Sie galten als eine minderwerthige Sorte Menschen. Vielfach als bildungsunfähig betrachtet, waren sie vom Pöbel verachtet und verstossen und darauf angewiesen, durch Bettelei und durch Erregung von Mitleid ihren Lebensunterhalt zu erwerben. Die wenigen Blinden, die durch besondere Geistesfähigkeiten sich auszeichneten, es zu Universitätslehrern, zu grossen Mu-

sikern, Dichtern und Schauspielern brachten, ändern nichts an dem Gesagten. Anders war es in China, wo schon vor Jahrtausenden in Blindeninstituten für eine Ausbildung Sorge getragen wurde. Ihre Insassen, die durch Aneignung vieler Kenntnisse, durch Uebung des Gedächtnisses und der Combinationsgabe geistig über dem Niveau der grossen Masse des Volkes stehen, haben noch jetzt einen begründeten Ruf als Seher und erwerben oft ein grosses Vermögen.

Im Abendlande war es einer Deutschen, der blinden Theresia von Paradies, vorbehalten, die Unterweisung der Blinden in der Jugend anzuregen und dadurch der Verwahrlosung entgegenzuarbeiten. Als Clavier- und Orgelvirtuosin kam die Paradies 1783 nach Paris, wo sie den Menschenfreund Val. Hauy kennen lernte. Ein schmachvolles, ihn empörendes Possenspiel mit einigen armen Blinden auf einem der Boulevards bewog diesen Mann, seine ganze Kraft den Blinden zu widmen. Nachdem er erkannt hatte, dass nur Kenntnisse jene Unglücklichen aus ihrer Ohnmacht bringen könnten, gründete er 1784 zu Paris die erste wirkliche öffentliche Anstalt zum Unterricht blinder Kinder. Nicht zu verwechseln damit ist die seit dem Jahre 1260 in Paris existirende Versorgungsanstalt für Blinde, das Hospice des quinze-vingts, und das im Jahre 1350 zu Chartres für 120 Personen eingerichtete Institut. In England fiel der Gedanke des Lehrers Hauy auf einen sehr fruchtbaren Boden. Der Reichthum und der Wohlthätigkeitssinn der Bevölkerung machten es möglich, dass noch bis zum Jahre 1800 in Liverpool, Edinburgh, Bristol und London Blindenanstalten gegründet werden konnten, zu denen im Laufe unseres Jahrhunderts noch eine grosse Anzahl an anderen Orten hinzugekommen ist.

In den Ländern deutscher Zunge ging man langsamer vorwärts. Die im Jahre 1808 in Wien mit 8 Zöglingen eröffnete Privatanstalt wurde erst 1816 zu einem öffentlichen Volksinstitute erhoben. Bald schloss sich ihr eine Beschäftigungs- und Versorgungsanstalt an.

In Preussen bekam zuerst Berlin 1806 eine Anstalt, die während der Kriegsjahre nur mit 2 Zöglingen vegetirte, 1813 aber, wenn auch später an einem anderen Orte (Steglitz), zu einem neuen dauernden Leben erblühte.

Die anderen Staaten folgten mit der Herstellung von Instituten. So treten uns solche entgegen 1809 in Dresden, 1823 in Gmünd (Württemberg), 1827 in Stuttgart, 1826 in Freising (Bayern), 1829 in Braunschweig, 1830 in Hamburg u. s. w. In Petersburg war 1806 eine grossartige, später eingegangene Blindenschule geschaffen worden.

Erwähnen wollen wir noch, dass 1809 in Zürich, 1808 in Amsterdam, 1811 in Kopenhagen, 1817 in Stockholm, 1818 in Neapel, 1835 in Brüssel und mit der Zeit in sämmtlichen Culturstaaten der alten und neuen Welt dem Beispiele in Paris Folge gegeben wurde. Die Gründungsjahre aller Anstalten hier aufzuzählen würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Selbstredend ist in den einzelnen Ländern die Fürsorge eine ungleiche, abhängig von der Cultur und der Finanzkraft

des Landes. Errichtet wurden die Anstalten meist von Privatleuten, die grössere Capitalien auf einmal oder jährliche Zuschüsse spendeten. Erst später trat vielfach der Staat (resp. Provinz, Commune) hilfebringend heran, und so wurden und werden die Institute vom Staat, von Privaten oder von beiden gemeinsam unterhalten. In Japan z. B. kennt man den Staatszuschuss nicht, die Bevölkerung sorgt für die Blinden durch freiwillige Beiträge.

Bei der Art der Entstehung der einzelnen Anstalten kann es nicht Wunder nehmen, dass dieselben, wenn sie auch durch diese und jene Aeusserlichkeit sich unterscheiden, ihrem inneren Wesen, ihrer Einrichtung und ihrem Ziele nach sich gleichen. Die Erziehung zur Arbeit, die Aneignung von Kenntnissen, die Weckung eines tieferen religiösen Gefühls und die Schaffung eines Selbstbewusstseins, das sind überall die Siegespalmen, um die Zöglinge, Lehrer und Directoren mit bewunderungswerther Energie in heissem Kampfe ringen. Da dazu aber die vorhandenen Schulen bald nicht mehr ausreichten, vereinigten sich Staat und hochherzige selbstlose Frauen und Männer zu gemeinschaftlicher Arbeit und riefen im Laufe der Jahrzehnte in fast allen Ländern eine Menge neuer Anstalten ins Leben. So ist es gekommen, dass wir jetzt im deutschen Reiche über 28 Blindeninstitute verfügen. Die Aussenabtheilungen von Dresden u. s. w. sind nicht besonders gezählt.

Wir führen hier auf:

## Oeffentliche Blinden-Anstalten.

### Preussen:

Ostpreussische Blindenanstalt zu Königsberg. 100 Zöglinge.

Provinzial-Wilhelm-Augusta-Blinden-Anstalt zu Königsthal bei Langfuhr (Danzig) 95 Schüler.

Städtische evangl. Blindenanstalt zu Berlin, S.W., Alte Jacobstr. 112, 144 Zöglinge.

Königliche Blindenanstalt zu Steglitz bei Berlin. 143 Zöglinge. Blindenheim für ausgebildete weibliche Blinde. — Männerheim.

Provinzial-Blindenanstalten von Pommern zu Neu-Torney (Stettin) evangl. Blindenanstalt für Knaben (45), Victoria-Stiftung für Mädchen (22), 67 Zöglinge.

Provinzial-Unterrichts- und Erziehungsanstalt zu Bromberg, mit Fortbildungsschule für ältere Blinde, 73 Zöglinge (48 Knaben und 25 Mädchen).

Schlesische Blinden-Unterrichtsanstalt zu Breslau, Martinistr. 7-9, 121 Zöglinge (80 Knaben und 41 Mädchen).

Friedrich-Wilhelm-Provinzial-Blinden-Institut, mit Beschäftigungs-Anstalt für erwachsene Blinde zu Barby, 109 Zöglinge.

Provinzial- evangl.-luth. Blindenanstalt zu Kiel, 79 Zöglinge (40 Erwachsene und 39 Kinder).

Provinzial-Blindenanstalt zu Hannover, 90 Zöglinge.

v. Vinke'sche Provinzial-Blindenanstalt zu Paderborn, 58 Zöglinge.
v. Vinke'sche Provinzial-Blindenanstalt zu Soest, 55 Zöglinge.
Blindenanstalt zu Frankfurt a. M., Adlerflychstr. 8, 56 Zöglinge.
Blinden-Schule und Arbeits-Anstalt zu Wiesbaden, 40 Zöglinge.
Blindenheim für Mädchen zu Wiesbaden, 4 Bewohnerinnen.
Rheinische Provinzial-Blindenanstalt zu Düren, 186 Zöglinge.
Rheinische Provinzial-Blindenanstalt zu Neuwied, im Bau.

### Bayern.

Königliche paritätische Central-Blindenanstalt zu München, 50 Schüler.
Simultan-Blinden-Erziehungsanstalt zu Augsburg.
Protestantische Blinden-Erziehungsanstalt zu Nürnberg, 41 Schüler.

Blindenversorgungsanstalt, zugleich für Taubstumme, Cretinen und Epileptische zu Ursberg.

Königliche Kreis-Blindenanstalt gemischter Confession zu Würzburg, 91 Zöglinge.

### Sachsen.

Königliche Landes-Blindenanstalt zu Dresden, Chemnitzerstr. 4, 110 etatsmässige Stellen für Blinde vom 12. Jahre an.

Aussenabtheilungen dieser Anstalt sind:

1. Moritzburg, a) für ältere männliche Blinde (27 blinde Korbmacher), b) Blindenvorschule, 90 etatsmässige Stellen.

2. Königswartha a) für schwachbefähigte blinde Kinder, b) für ältere weibliche Blinde.

Asyl für nicht vollständig erwerbsfähige Blinde, die in der Landes-Blinden-Anstalt ausgebildet wurden.

Städt. Blindenanstalt zu Leipzig, Salomonstr. 21, bestehend aus:

1. Biener'sche Stiftung: a) Erziehungsanstalt, 8 Zöglinge und 10 Tagesschüler, b) Beschäftigungsanstalt für erwachsene Blinde, 7 Arbeiter.

2. Mende'sche Blindenstiftung als Asyl für männliche und weibliche Blinde.

### Württemberg.

Blinden-Asyl, eine gewerbliche Privatanstalt für erwachsene Blinde beiderlei Geschlecht zu Schw. Gmünd, 84 (45 männliche, 39 weibliche) Blinde.

Nikolauspflege für blinde Kinder zu Stuttgart, 46 Zöglinge.

### Baden.

Grossherzogl. Blinden-Erziehungsanstalt zu Uvesheim, 41 Zöglinge.

### Hessen.

Grossherzogliche Blindenanstalt zu Friedberg, 28 Schüler.

### Mecklenburg-Schwerin.

Grossherzogliche evangl. Blindenanstalt zu Neukloster, 43 Schüler.

### Sachsen-Weimar-Eisenach.

Grossherzogliche Taubstummen- und Blindenanstalt zu Weimar, 10 Blinde und 35 Taubstumme.

### Hamburg.

Blindenanstalt von 1830 zu Hamburg, St. Georg, 35 Zöglinge und 20 Insassen im Asyl.

Zusammen sind sie, wie die Addition ergiebt, eingerichtet auf 2048 Plätze.

Es braucht nicht besonders betont zu werden, dass auch die anderen Staaten in den letzten 50 Jahren neue Anstalten geschaffen haben, unter anderen verfügen England über 27 Bildungsstätten, Nordamerika über 23, Frankreich über 14, Oesterreich über 6, Belgien über 8, Italien über 14, die Schweiz über 4, Russland über 3, Spanien über 1, Schweden und Norwegen über 2, Holland über 8, Dänemark über 1, Brasilien über 1. Auch die noch nicht genannten Länder wie Bulgarien, Rumänien, Serbien, Australien, Japan, die südamerikanischen Republiken u. s. w. haben alle, wenn auch oft nur in sehr bescheidenem Maasse, für ihre Blinden Fürsorge getroffen. In Holland, Amerika, Australien u. s. w. kümmert sich der Staat als solcher nicht um seine Blinden. Die vielen zum Theil vorzüglichen Anstalten sind auf die Privatwohlthätigkeit angewiesen.

Nach diesem Ueberblick dürfte es sich verlohnen, auf die Verhältnisse in Deutschland näher einzugehen. In Bezug auf die Organisation der Blindenanstalten finden sich hier und da einige Unterschiede in den deutschen Landen, doch können wir dieselben, da sie sich nur auf rein äussere nichts bedeutende Dinge beziehen, an dieser Stelle unerörtert lassen. In Preussen bestimmt die Cabinetsordre von 14. Mai 1825, dass jedes Kind nach zurückgelegtem sechsten Lebensjahre von seinen Eltern oder deren Vertreter in die Schule geschickt werden muss, wenn die Eltern oder deren Vertreter nicht nachweisen können, dass sie für den nöthigen Unterricht im Hause sorgen. Demgemäss sind auch die blinden Kinder zum Schulbesuch, wohlgemerkt, aber nicht zum Besuch einer Blindenanstalt verpflichtet. Es finden sich verschiedene ministerielle Reskripte dahingehend, dass die blinden Kinder, falls die Eltern nicht eine Blindenanstalt bevorzugen, in die gewöhnliche Schule ihres Wohnortes gehen müssen, dass die Eltern aber nicht genöthigt werden können, die Pflege und Erziehung ihrer Kinder ausserhalb ihres Wohnortes liegenden Anstalten zu übergeben. Wäre letzteres der Fall, so läge bei notorisch Armen die Verpflichtung der Gemeinden resp. der Kreisverbände vor, die Erziehungskosten zu bestreiten. Und soweit ist man nicht gegangen.

Es besteht also leider kein Zwang zum Besuch der Blindenanstalt.

Kinder wohlhabender Eltern werden mit einigem Nutzen die Schule der Vollsinnigen benutzen. Sie können zur Schule geführt werden und zu Haus kann man Zeit und Mühe auf die Wiederholung und Einübung des Vorgetragenen verwenden. Bei Armen treffen diese Bedingungen nicht zu. Indessen es ist nicht zu leugnen, dass auch diese in den gewöhnlichen Schulen an Denkübungen, Religion, biblischer und allgemeiner Geschichte, deutscher Sprache, Kopfrechnen, Naturerzählungen und Singübungen bei ausgezeichnetem Willen des Lehrers sich nicht ganz ohne Vortheil betheiligen können. Im Ganzen ist dies aber nur Theorie, praktisch kommt selten etwas dabei heraus. Bei späterem Besuch einer Blindenschule haben die in der Volksschule Vorgebildeten bisweilen das voraus, dass sie an Ruhe, Ordnung und Aufmerksamkeit gewöhnt sind, für das Leben aber, auch wenn sie bis zum 16. Jahre bleiben, bringen sie aus der Schule nichts mit, sie haben streng genommen nichts gelernt, können später nichts verdienen und sind auf Bettelei und Almosen angewiesen.

Im Interesse der Blinden liegt es also, dass ein Zwang zum Besuche der Anstalten ausgeübt würde. Doch dem steht vorläufig noch die zu geringe Zahl der Institute gegenüber. Berechnungen ergaben mir, dass etwa der 7. Theil der Blinden im unterrichtsfähigen Alter steht. Das wären für Deutschland ca. 5500. Alle Erziehungsanstalten zusammen aber fassen höchstens 2200. Daraus folgt, dass eine erschreckend grosse Anzahl keine genügende Ausbildung erhält, und dass es die Pflicht des Staates und der Nächstenliebe ist, weiter helfend einzugreifen. Belgien und die Schweiz übertreffen uns in dieser Richtung, in anderen Ländern sieht es traurig aus. In Russland sind ungefähr nur 500 Kinder in 18 Anstalten untergebracht, in Spanien etwa 350, in Italien etwa 450, in der westlichen Hälfte von Oesterreich nur ungefähr 300 von den 1000 Schulpflichtigen.

Der Nachtheil des Mangels an Schulen wurde durch Zehender's Umfrage in Mecklenburg besonders klar dargelegt. Er fand, dass die Hälfte aller (423) Blinden dieses Landes arbeits- und erwerbsunfähig war. Die nicht ausreichende Grösse der Anstalt und das Fehlen eines Anstalts- und Bildungszwanges dürften ursächlich in Betracht kommen. In letzter Zeit ist es besser geworden. In Württemberg sind von etwa 150 Blinden in bildungsfähigem Alter nur die Hälfte in Anstalten untergebracht.

Der einzige deutsche Staat, der unser Desiderat erfüllt, ist Sachsen. Hier müssen die Blinden, wofern ihre Angehörigen nicht den Nachweis erbringen können, dass sie eine ihrem Zustande entsprechende Ausbildung erhalten — und das kann nur von vorgebildeten Blindenlehrern geschehen — der Königlichen Sächsischen Blindenanstalt zu Dresden mit ihren Aussenabtheilungen zu Moritzburg und Königswertha oder der Anstalt zu Leipzig nach vollendetem 6. Lebensjahre zugeführt werden.

Es besteht ein Aufnahmeregulativ, das sich als Beilage zur Bekanntmachung vom 18. November 1891 im Jahrgang 1891 des Gesetzes- und Verordnungsblattes für das Königreich Sachen pag. 112 befindet. Die Höhe des jährlichen Verpflegungszusatzes ist verschieden, je nachdem der Aufzunehmende ein Sachse (M. 288) oder ein Nichtsachse (M. 864), ein Gemeinde- (M. 144) oder Landarmer (M. 288) ist. Bei allen Unbemittelten hat der Ortsarmenverband die Zahlung der Kosten zu garantiren. Das Ministerium kann Ermässigungen gewähren. Im Ganzen verausgabt dieser Staat etwa M. 130,000 für sein Blindenerziehungswesen. Vom 6.—12. Lebensjahr leben die Kinder hier in einer Vorschule der Blindenanstalt, eine Einrichtung, welche die grösste Beachtung verdient und, vielleicht in der unten zu erörterten Form, zur Nachahmung empfohlen wird.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass blinde Kinder in den ersten Lebensjahren von ihren Müttern verhätschelt werden, dass dann aber, wenn die Last mehr und mehr gefühlt wird, dies nachlässt und durch Vernachlässigung eine körperliche, geistige und moralische Verwahrlosung bei ihnen häufig Platz greift. Dem können am besten solche Vorschulen abhelfen, die den Kindern schon etwa vom dritten Jahre an Aufnahme gewähren sollten. Zweckmässig behalten sie dieselben dann bis zum achten oder neunten Jahre, d. h. bis zum Besuch der Blindenanstalt. Die ersten Anfänge des Elementarschulunterrichts, Denk- und Gedächtnissübungen, Turnen, Gesang, Uebung in leichteren Handarbeiten sind im Verein mit der Erziehung zur Religiösität, Sitte und Anstand die Aufgaben dieser Schulen. Gut dürfte es sein eine äussere örtliche und eine innere organische Verbindung mit der Hauptanstalt herzustellen, denn dies hat den Nutzen, dass abgesehen von der Verminderung der Verwaltungskosten, die kleinen Zöglinge später nicht erst in fremde Verhältnisse kommen. Alle Anstalten, die Schüler schon im Alter von sechs Jahren aufnehmen, haben, da der eigentliche Schulunterricht erst im Alter von etwa zehn Jahren beginnt, gewissermaassen eine Vorschule. Dadurch dass sie die unterste Classe in eine vorbereitende und eine vorbereitete theilen, trennen sie die durch Alter und Kenntnisse weit auseinander gehenden Elemente. Vorschulen haben wir unter anderem in Hubertusburg in Sachsen, in Rössing bei Hannover, in Ober-Döbling (Nieder-Oesterreich) in Worcester und in Kopenhagen.

Bemerkenswerth ist die Vorschule in Bernekorn in Holland, die Kinder im Alter von 2—3 Jahren aufnimmt und bis zum achten Jahre erzieht. Hier ist also armen Blinden die Möglichkeit gegeben, sich naturgemäss zu entwickeln und die körperlichen und geistigen Fähigkeiten zu wecken und zu fördern, wodurch die Zahl der bildungsunfähigen um ein Beträchtliches vermindert wird. Auf Wunsch giebt diese Anstalt an Eltern genaue Anweisung betreffs Wartung und Pflege des Kindes. Die Spielbeschäftigung steht zuerst obenan, beim Uebertritt in die Blindenschule können die Kleinen aber gewöhnlich schon lesen und schreiben. Dass durch solch eine Einrichtung, die in Deutschland meines Wissens

noch nicht existirt, ungeheuer viel Gutes gestiftet wird, ist ohne Weiteres klar.

Vernünftige Eltern werden, auch wenn Zwang nicht besteht, stets sich bemühen, ihren Kindern die Wohlthaten einer Blindenerziehungsanstalt zu verschaffen. Da die Mehrzahl der Schulen im Wesentlichen auf freier Wohlthätigkeit basirt, so werden zahlungsfähige Blinde wohl immer verhältnissmässig schnell einen Platz erlangen. Die Preise schwanken an den einzelnen Orten von 300—800 Mark, in Steglitz zahlen die Pensionäre pro Jahr 600 Mark. Unbemittelte müssen wegen des Andranges oft lange auf die Erfüllung ihrer Wünsche warten. Die beste Zeit für die Aufnahme ist die vom neunten bis zwölften, die Anmeldungen erfolgen am zweckmässigsten nach vollendetem fünften Lebensjahre. Gesuche um Freistellen von Seiten der Eltern oder Vormünder, Vorsteher der Ortsgemeinden oder Behörden sind an die Königlichen Provinzialschulcollegien zu richten, und es sind beizufügen: 1. der Geburts- oder Taufschein des Kindes, 2. ein ärztliches Attest, das bezeugt, dass das Kind sonst gesund ist, und das sich über die Ursache der Erblindung ausspricht, 3. der Impfschein, 4. ein Zeugniss über die Bildungsfähigkeit des Kindes, 5. eine Bescheinigung der Ortsobrigkeit, dass und von wem für die Bekleidung des Kindes gesorgt wird, 6. ein Attest, aus welchem hervorgeht, dass die Kltern und Angehörige der nachgesuchten Wohlthat bedürftig sind.

Sind zu viele Anmeldungen vorhanden, so wird dies dem betreffenden Petenten mitgetheilt, damit entweder durch Pensionszahlung oder anderweitig für die Erziehung Vorkehrungen getroffen werden können.

Die armen Blinden, und arm sind die meisten, kommen unter diesen Umständen häufig in die üble Lage, auf eine rationelle Ausbildung verzichten zu müssen. Mir will es scheinen, als ob hier eine Unkenntniss des Gesetzes vorliegt. Ich möchte nämlich glauben, dass durch das Fürsorgegesetz vom 11. Juli 1891 die Gemeinden gezwungen werden können, die für die Erziehung nöthigen Mittel flüssig zu machen. Die Provinzialregierungen haben in dieser Beziehung keinen einheitlichen Standpunkt. Eine sehr liberale Auffassung findet man in Ostpreussen, wo immer von den Kreis- oder Provinziallandtagen die Gelder zur Verfügung gestellt werden.

Der § 31 des Gesetzes lautet: „Die Landarmenverbände — in Ostpreussen der Landarmenverband der Provinz — sind verpflichtet, für Bewahrung, Cur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen.“

Hilfsbedürftig sind alle Blinden, und die jugendlichen gebrauchen, da die Eltern bei dem Beruf als Arbeiter u. s. w. sich nicht um sie kümmern können, der Anstaltspflege. Danach müsste der Landarmenverband eine gewisse Summe pro Jahr bewilligen. Diese könnte der Blindenanstalt als Kostgeld angeboten worden, die, wenn für des Leibes Nothdurft und Nahrung gesorgt ist, schon Mittel und Wege zur Er-

theilung des Unterrichtes finden würde. Es dürfte sich vielleicht einmal verlohnen, dass Eltern, die im Besitze des Armenrechtes sind, und denen die Commune den Beistand versagt, den Weg der Klage beschreiten.

Die aufgenommenen Kinder erhalten den in mehrclassigen Volksschulen üblichen Unterricht. Lehrgegenstände sind: Religion, deutsche Sprache, Rechnen, Lesen (auf die Methode kann hier nicht eingegangen werden), Schreiben, Raumlehre, Geometrie, Geschichte, Geographie, Naturgeschichte, Naturlehre, Gesang, Turnen, Handarbeit und Musik.

Diejenigen Zöglinge, welche den Schulcursus absolvirt haben, treten nach ihrer Confirmation in die Arbeitsabtheilung ein und werden dort nach Maassgabe ihrer Befähigung für einen Handwerksbetrieb ausgebildet. Gelehrt werden hauptsächlich: Seilerei, Korbmacherei, Bürstenmacherei, Rohrsesselflechterei, alle möglichen Flecht- und Stickarbeiten, Raffiaarbeiten, Häkelei und Maschinennähen. Unterhaltungsmusik wird überall getrieben. Als Erwerbsquelle wird dieselbe, und dies mit Recht, nur den wirklich Begabten zugänglich gemacht, denn der Besitz nur geringer musikalischer Kenntnisse führt später gar oft zur Bettelei.

Nach einer Lehrzeit bis etwa zum 18. oder 20. Lebensjahre sind der erworbene Wissensschatz und das technische Können meist derartig, dass die jungen Leute mit dem Gefühl der Sicherheit, etwas verdienen zu können, ins Leben treten. Werden die Zöglinge zu früh entlassen, etwa schon mit 15 Jahren, wie es an mehreren Anstalten geschieht, so ist bei der ungenügenden sittlichen und intellectuellen Bildung nur selten auf ein gutes Fortkommen zu rechnen. Aber auch bei vorzüglicher Ausbildung kommt es häufig vor, dass viele entlassene Blinde, selbstverständlich unter Berücksichtigung geringer Ansprüche an das Leben, nicht dem Concurrenzkampf mit den Sehenden gewachsen sind, dass sie ohnmächtig zusammensinken und in der Verzweifelung der im Allgemeinen einträglicheren Bettelei sich zuwenden. Einzelne allerdings kommen so weit, dass sie vollständig einer Unterstützung entbehren können. Eür die Schwachen muss weiter gesorgt werden, und es thun dies die Anstalten für sich allein oder mit Beistand eines Fürsorgevereins, dessen Geschäftsführer der Anstaltsdirector sein soll.

Die dargebrachte Hilfe äussert sich verschieden. Wir finden:

1. Eine Ausrüstung mit Arbeitsgeräthen und Rohstoffen, Aufsuchung eines geeigneten Wohnortes, Vermittelung billiger und guter Arbeitsstoffe, von Arbeitsgelegenheit und des Absatzes der Waaren, Gewährung von Credit, Abnehmen der Arbeiten in ein Waarenlager, Unterstützung in Krankheits- und Nothfällen.

2. Die Beschaffung gemeinschaftlicher Werkstätten, namentlich für männliche Arbeiter in grösseren Städten, Blindenbeschäftigungsanstalten. Die Blinden kommen früh zur Werkstatt und arbeiten bis in den Nachmittag hinein. In Amsterdam erhalten sie gratis Kaffee und öfters auch Mittagessen. Es bringt das gemeinsame Arbeiten, was wohl nicht weiter ausgeführt zu werden braucht, pekuniäre Vortheile. Der Blinde

schafft hier gewöhnlich derart, dass er seine Arbeiten an die Anstalt, welche die Rohstoffe liefert und sich natürlich den Preis derselben abzieht, zu einer bestimmten Höhe verkauft. Alle acht oder vierzehn Tage wird ihm das Geld pünktlich ausbezahlt. Reicht dies zur Bestreitung des Lebensunterhaltes nicht aus, so tritt die Anstalt oder ein Verein, so lange Geld vorhanden ist, unterstützend ein. In Ostpreussen deckt die Provinz das Deficit. Offene Werkstätten für männliche Arbeiter besitzten die Anstalten in Düren, Königsberg, Barby und Berlin, letztere auch für weibliche Blinde. Kiel hat eigene Häuser, in denen mehrere Blinde wohnen und arbeiten, in Apenrade, Eiderstädt, Kellinghusen und Viola. Die Blinden schätzen die Einrichtung der Werkstätten sehr hoch. Einmal gewährt sie ihnen eine leidlich sorgenfreie Existenz, dann aber giebt sie ihnen die Möglichkeit, im Kreise einer Familie zu leben, und das ist ihnen lieb, da sie mehr noch als andere Menschen ein Verlangen nach Familienanschluss haben. Das Kasernenleben ist ihnen in späteren Jahren ein höchst lästiger Zwang.

3. Die Bildung von Arbeitsstätten für solche, die in der Anstalt ein Heim haben, es sind dies die sogen. Arbeitsanstalten. In Steglitz z. B. haben wir eine solche. Sie kommen namentlich den jüngeren Blinden zu Gute, die in der Unterrichtsanstalt einen guten Grund gelegt, eine individuelle Befestigung und Vervollkommnung des Gelernten aber gewissermaassen in der Stellung von Gesellen noch nöthig haben.

4. Den Bau von Versorgungsanstalten (Bildungsasyle), einmal für einzelne in der Gesellschaft völlig hilflos dastehende erwachsene Blinde, dann für solche, die nur ein minimalstes Arbeitspensum zu bewältigen vermögen und drittens für alte und invalide Gewordene.

Der stattliche Neubau der Blindenanstalt zu Frankfurt a. M. hat Raum, seine Entlassenen derart zu sammeln, dass das Haus für die einen bleibendes Heim, für die anderen offene Werkstatt und für die dritten endlich, die Arbeitsunfähigen, ein Alters- und Versorgungshaus wird.

Auf die Dauer sich ungebührlich Benehmende kommen am besten wohl auf die Pfleglingsabtheilungen der Landarmenanstalt, der auch bei Fehlen einer Versorgungsanstalt die Arbeitsunfähigen zu überweisen sind, doch ist dies nur dann zu rathen, wenn Mittel zu anderweitiger Unterbringung fehlen. Die Dresdener Anstalt hat noch eine Filiale für schwach begabte blinde Kinder.

Wie für die Männer, so ist auch für die Mädchen gesorgt. Die blinden Mädchen sehnen sich noch mehr als erstere nach Gemeinschaft und nach mitfühlenden Herzen, die die Sorge und Freude mit ihnen theilen. Im Kreise humaner Familien werden sie sich daher recht wohl fühlen. Da aber nur wenige Familien sich zur Aufnahme von Blinden bereit finden, ist man darauf bedacht gewesen, den Mädchen eine dauernde Heimath in der Nähe der Blindenanstalten mit möglichst persönlicher Freiheit durch Gründung der sogen. Mädchenheime zu geben.

Das erste wurde in Kiel 1883 errichtet, fast alle preussischen Blindenanstalten folgten in kürzester Zeit. Indem die Mädchen von ihrer Bildungsanstalt Arbeitsaufträge beziehen, haben sie einen gesicherten Verdienst und können ohne Sorgen in die Zukunft blicken. Die erste Ausbildung erfolgt in derselben Weise wie bei den Knaben.

Bei dem Capitel „Mädchenversorgung" ist es wohl gestattet, über das Heirathen zu sprechen, über das natürlich keine Bestimmungen bestehen.

Wir sind der Meinung — und lassen uns durch event. Mittheilungen von einem glücklichen Familienleben darin nicht beirren —, dass frühzeitig Erblindete überhaupt nicht heirathen sollen. Wie soll das blinde Weib die Pflichten einer Mutter und die des Hauswesens erfüllen? Ist das Mädchen reich, so finden sich recht oft sehende Männer, die es heirathen, aber dies sind entweder unklare Schwärmer oder käufliche Creaturen.

Zu einem blinden, gebildeten reichen Manne kann unter Umständen ein armes Mädchen von grosser Herzensgüte wahre Zuneigung haben und ein dauerndes eheliches Glück ist zwar möglich, aber sehr unwahrscheinlich, da die Frau in ihm bald das Haupt der Familie und den Beschützer vermissen wird. Begüterte Mädchen werden dem armen und dem reichen blinden Manne nur in einer leichtsinnigen Stunde zum Gelöbniss am Altare folgen. Dass die Ehen mit wohlhabenden Männern, die in späteren Jahren erblindeten und dann heiratheten, oft ganz zufriedenstellende sind, hat man bisweilen zu beobachten Gelegenheit. Ein in späteren Jahren erblindetes Mädchen, gleichgiltig, ob es arm oder reich ist, soll aus den oben angeführten Gründen niemals heirathen. Die Heirath zwischen einem blinden Manne und einem blinden Mädchen ist wegen der Hilflosigkeit beider verwerflich.

Während für blinde Kinder und frühzeitig Erblindete in vieler Beziehung ausreichend und gut gesorgt wird, ist es noch recht schlecht mit der Fürsorge Späterblindeter in unseren deutschen Landen bestellt. Im Allgemeinen sind sie auf das Armengeld angewiesen. Dass es einem blinden Manne ohne Familienanhang, der monatlich in Berlin z. B. 9—18 Mk. erhält, hier in der Grossstadt recht schlecht ergeht, ist ohne weiteres klar. Noch schlimmer ist es, wenn ein Familienvater betroffen ist. Wie oft haben sich Männer, deren Erblindung auf nichts anderes als die Strapazen des letzten Krieges zurückgeführt werden konnte, mit meinen Attesten vergeblich an die Vereine und Behörden gewandt! Der ablehnende Bescheid basirte immer darauf, dass ein directer Zusammenhang exact nicht nachzuweisen war. Stehen die Erblindeten noch im Jünglings- oder ersten Mannesalter, so sollten die Angehörigen versuchen, sie in den Beschäftigungsanstalten, d. h. in den Arbeitsabtheilungen der Blindenanstalten unterzubringen. Hier werden sie in einigen Jahren immer eine leidliche, gewinnbringende Ausbildung erlangen. Die Dresdener Anstalt hat besondere Abtheilungen für später erblindete männliche und weibliche Personen. Hierher gehört neben anderen auch

das an Steglitz sich anschliessende Männerheim, das gegen geringes Entgelt Aufnahme gewährt. Den individuellen Verhältnissen wird daselbst in ausgezeichneter Weise Rechnung getragen. Ein mir bekannter Kaufmann erlernte dort die Handhabung der Schreibmaschine und bildete im Allgemeinen sich soweit aus, dass er jetzt einen gut gehenden Cigarrenhandel in Amerika betreibt.

Sind die Leute älter, so ist es mit dem Lernen vorbei. Die Erwerbsquellen bilden die Armenunterstützung, ferner, wenn der Betreffende Glück hat, die Kasse eines der vielen Blindenvereine, unter Umständen die Invaliditäts- und Altersversicherung und schliesslich die Bettelei mit und ohne Musik, zu der die Anständigeren erst in der höchsten Noth ihre Zuflucht nehmen. Dass die Polizei die Erlaubnissscheine zum Musiciren ausstellt, möchten wir, die wir das Elend dieser Leute tagtäglich vor Augen haben, so lange für gut befinden, bis andere Einnahmequellen einst erschlossen sein werden. Unangebracht aber ist es bei den jungen Blinden, die eine Schule durchgemacht haben, das Betteln zu sanctioniren. Sie können etwas durch ihre Handarbeit verdienen und von der Mutteranstalt Unterstützung erlangen, wollen es aber nicht, da ihnen das Vagabundiren und Betteln lieber ist. Hier ist also Mitleid weniger am Platze, als bei solchen, die nicht ausgebildet worden sind, und solchen, die erst im späteren Leben erblindeten. Durch Unterbringung in die Versorgungsanstalten, die Blindenasyle, durch besondere Arbeitsabtheilungen für Späterblindete, vor allem aber durch die private Wohlthätigkeit, mag sie in Vereinen organisirt sein oder nicht, kann und muss diesen Unglücklichen geholfen werden.

Die Anstalten werden in Bezug auf die Ausbildung und die Unterstützung der früh und spät Erblindeten am besten ihre Aufgabe erfüllen können, wenn der laufende Etat vollständig vom Staate gedeckt wird, und wenn sie nebenbei in den Besitz grösserer Fonds gelangen. Freiwillige Beiträge von Privatpersonen, Staatsbehörden und Kirchengemeinden und vor allem Vermächtnisse, das sind die Quellen, aus denen ein befruchtender Bach entstehen kann. Der thatkräftigen Initiative der Vereine, wie z. B. des Vereins zur Beförderung der wirthschaftlichen Selbständigkeit der Blinden (es handelt sich um Zöglinge, die aus der Anstalt entlassen sind) ist damit ein Hinderniss nicht in den Weg gelegt. Wir wollen nicht unterlassen, zu erwähnen, dass im Ganzen durch die wirksame Unterstützung von Seiten der Regierungen und der Landtage, durch die vielen vortrefflich durchgearbeiteten Anstaltsberichte, durch Fachzeitschriften, durch die rastlose Arbeit vieler hervorragender Blindenlehrer, vor allem aber durch die seit dem Jahre 1873 im 3 jährigen Turnus abgehaltenen Blindencongresse die Sache der Blinden schnell und in unerwartetem Maasse gefördert worden ist. Der nächste Congress findet 1898 in Steglitz statt.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, aus unseren Mittheilungen einige Ergebnisse zusammenzustellen. Wir glauben uns, wie folgt, präcisiren zu dürfen:

1. Wie in Sachsen, so ist in allen Landen ein Zwang zum Besuch der Blindenanstalten gesetzlich einzuführen.

2. Demgemäss muss die Anzahl der Blindenanstalten um ein Beträchtliches vermehrt werden.

3. Die Einrichtung von Blindenvorschulen im weitesten Sinne des Wortes ist anzustreben.

4. Mit allen grösseren Anstalten sind Arbeitsabtheilungen resp. offene Werkstätten zu verbinden.

5. Für Arbeitsunfähige resp. schwachbegabte Kinder müssen ein Altersversorgungshaus resp. für letztere eine Filiale, am besten im Anschluss an die Anstalt, vorhanden sein.

6. Die Gründung eigener Anstalten für Späterblindete ist dringendes Bedürfniss. Eventuell könnten diese auch in den Arbeitsabtheilungen Unterweisung und in den Versorgungshäusern Aufnahme finden.

7. Zu jeder Anstalt soll ein Mädchenheim gehören.

8. Der Staat, der z. B. bei uns in Deutschland, wie die Bewilligung von Millionen für diese und jene Dinge beweist, über ungeheuere Geldmittel verfügt, muss für die unglücklichsten seiner Mitglieder, soweit sie arm sind, alles, was für die Ausbildung und den Lebensunterhalt bis zum 20. Jahre etwa nöthig ist, d. h. also den Etat der Anstalten völlig bestreiten.

9. Die Privatwohlthätigkeit ist immer und überall willkommen. Vor allem aber soll sie darauf Bedacht nehmen, den Anstalten grössere Fonds zuzuweisen, damit diese in all den unzähligen Nöthen des späteren Lebens — ich rechne hierher auch die Späterblindeten — nicht blos mit Worten, sondern auch mit Thaten christlicher Liebe den Bedrängten sich nähern können.

### b) Besondere Einrichtungen für Augenkranke in den Augenheilanstalten.

Gleichwie man seit längerer Zeit Geisteskranke, Kinder, Schwangere, Reconvalescenten und andere Gruppen körperlich und gesundheitlich Hilfsbedürftiger aus den grossen allgemeinen Krankenhäusern herausgenommen hat, geleitet von der Anschauung, dass dieselben in besonderen Heilanstalten unter bessere Genesungsbedingungen gestellt werden, ist man auch zu einer Trennung der Augenkranken übergegangen. Man hatte gefunden, dass die Operationsresultate im Ganzen ungünstiger waren als in der Privatpraxis, und dass gelegentlich Hospitalerkrankungen sich bei solchen Augenkranken einstellten, die ganz gesund in das Hospital eingetreten waren.

Den Anfang mit der Abzweigung machte zu Beginn des Jahrhunderts die Wiener Schule unter Führung von Beer, der damals die wissbegierige Jugend der ganzen Welt um sich versammelte.

In Deutschland ging Sachsen mit der Gründung der Augenheilanstalt in Leipzig unter Ritterich's Leitung voran.

A. von Gräfe errichtete sich eine grosse Privatklinik in Berlin. Wir waren damals noch nicht so weit, dass der Staat ihm eine Stätte für sein Wirkungsfeld überlassen konnte. Seinen Bemühungen und seinem Ruf aber ist es zu danken, dass bald an allen Universitäten Professuren für Augenheilkunde errichtet und Augenheilanstalten ins Leben gerufen wurden.

Göttingen erhielt zuerst eine den Anforderungen der damaligen Zeit entsprechende Anstalt und in kurzen Zwischenräumen folgten die übrigen Universitäten. Alles was zum Wohl der Kranken und zur Förderung der Wissenschaft erdacht werden kann, findet sich vereint in den in den letzten Jahren hergestellten Neubauten der Augenkliniken zu Erlangen, Kiel, Breslau, Rostock u. s. w.

Fast gleichzeitig mit dem Staat hatten auch andere Verbände, denen es obliegt, für ihre Mitglieder zu sorgen, und auch die Augenärzte in grossen Industriebezirken und verkehrsreichen Centren mit dem Bau von Augenkliniken begonnen. Vornehmlich waren es die Provinzen und die Knappschaften, welche ihre Fürsorge entfalteten. Einzelne dieser Provinzialaugenheilanstalten haben sich durch die wissenschaftliche und praktische Thätigkeit ihrer Leiter einen grossen Ruf verschafft. Die Unterhaltung dieser Anstalten geschieht entweder in der Weise, dass die Provinz und die Commune für ihre Pfleglinge direct bezahlen oder in der Art, dass dem Leiter ein Pauschquantum pro Jahr zugebilligt ist, für das er so und so viel Verpflegungstage zu gewähren gehalten wird.

Während es nun verhältnissmässig leicht ist, in einem staatlichen Gebäude bei Vorhandensein von vielen Freibetten und hohen Fonds für die Zwecke der Wissenschaft zu schaffen und zu wirken, haben die Privataugenärzte meist hier einen schweren Stand insofern, als für alles ihr eigener Geldbeutel Aushilfe schaffen muss. Dennoch aber verfügen wir in Deutschland über eine grössere Anzahl von Privatkliniken, in denen geforscht und geheilt wird.

Berlin übrigens steht in Bezug auf das Capitel der Augenklinik nicht oben an. Die staatlichen Anstalten sind zu klein und haben, da man seiner Zeit auf das riesige Wachsen der Patientenzahlen nicht rechnen konnte, eine grosse Anzahl von Mängeln, die alten Privataugenheilanstalten entsprechen nicht den modernen hygienischen Anforderungen, für die Einrichtung von neuen Kliniken aber stellen sich der ungeheure Grundstückswerth und die strengen polizeilichen Vorschriften hindernd in den Weg. Es wäre ein grosses Verdienst für die Stadt Berlin, wofür sie den Dank von ungezählten Tausenden jener Unglücklichen ernten würde, wenn sie bei der Einrichtung ihrer grossartigen Hospitalbauten z. B. des neuen Krankenhauses in der Seestrasse auch die Gründung einer Abtheilung für Augenkranke in Erwägung ziehen wollte.

Da die Augenkranken meistens körperlich so gesund sind, dass sie

zum Augenarzt gehen können, und da die Mehrzahl der Affectionen sich in der Häuslichkeit mit demselben Effect wie in der Anstalt behandeln lassen, so verzichtet der bei weitem grösste Theil der Kranken auf die Aufnahme und wünscht eine ambulante Behandlung.

Die hiesige Universitätsaugenklinik hatte bei 13000 neuen poliklinischen Patienten pro Jahr ca. 1000 Aufnahmen.

Es müssen also grössere Warteräume für den Empfang der poliklinischen Patienten vorhanden sein.

Die Untersuchung erfolgt bei Tages- und Lampenlicht. Letzteres befindet sich in einem verdunkelten Raum, dem sogenannten Ophthalmoskopiezimmer. In einem anderen Zimmer werden die Sehprüfungen gemacht, auf die hier z. B. in Berlin wegen der Arbeitsverhältnisse das grösste Gewicht gelegt werden muss. Dass sich in einer besonderen Abtheilung Instrumente zur objectiven Feststellung der Refractionsanomalien (Taval's Ophthalmometer, Apparat zur Schattenprobe), zur Bestimmung des Gesichtsfeldes (Perimeter), zur Untersuchung auf Se- und Excrete befinden, ist wünschenswerth.

Eine grosse Anzahl von deutlich gekennzeichneten Augentropfen- und Augenwässern, von Salben, von Watte- und Gazebäuschen ist vorräthig und zur sofortigen Application bereit zu halten.

Sehr angenehm ist es für die Kranken, wenn sie Gelegenheit finden, die Augen, die gebeizt worden sind, mit kaltem Wasser zu kühlen. Natürlich müssen die Vorrichtungen, am besten fliessendes Wasser, derartig sein, dass Infectionen dabei vermieden werden.

Kleinere Operationen, wie die Entfernung von Fremdkörpern, von Chalazion u. s. w. werden gleich im poliklinischen Abfertigungszimmer vorgenommen.

Diejenigen Patienten, die häuslicher Pflege entbehren, ferner diejenigen, die stetig überwacht und operirt werden müssen, werden in die stationäre Abtheilung aufgenommen.

Von den 3 in Betracht kommenden Hauptsystemen von Krankenhausbauten, dem Corridorbau, dem Pavillonsystem und der Baracke hat sich der Corridorbau für Augenheilanstalten am vortheilhaftesten erwiesen.

Wichtig ist es, dass der Bau möglichst im Centrum der Arbeiterbevölkerung sich befindet. Nach den neueren[1]) Anschauungen giebt man ihm eine Richtung von West nach Ost und verwendet die eine nach Norden gelegene Längsseite vornehmlich zu Krankenzimmern deswegen, weil so die meist lichtscheuen Kranken dem directen Sonnenlicht entzogen sind, und weil man meint, dass der sonst nicht zu verkennende wohlthätige Einfluss der Sonne auf Kranke, wie ihn die Südseite darbietet, durch die Anwendung der dunklen Vorhänge illusorisch gemacht wird.

Die Zimmer fassen am besten 4—6 Betten, für ansteckende Krankheiten sind natürlich auch Isolirzimmer nothwendig. Durch dunkelblau-

---

[1]) Zehender, Die neuen Universitäts-Augenheilanstalten in Deutschland. Leipzig 1887.

grüne Vorhänge und gut schliessende Jalousien muss die Möglichkeit der Verdunkelung der Räumlichkeiten gegeben sein.

Grosses Gewicht ist auf den Tagesraum zu legen, damit die Patienten, die ausser Bett sind, — und es ist dies die Mehrzahl — sich frei ergehen und so für die Kräftigung des Körpers Sorge tragen können. Wo diese fehlen, muss der Corridor zur Aushilfe herangezogen werden.

Mehr als es bisher geschehen, müsste für Badegelegenheit Sorge getragen werden. Die 2 Badewannen, die man meist in den Augenkliniken trifft, genügen durchschnittlich nur für den, welcher auf die Verwendung des Wassers als Heilmittel Verzicht leistet.

Jeder Patient muss, gleichgiltig ob sein Augenleiden infectiös ist oder nicht, sein eigenes Waschgeschirr und Handtuch, sein Näpfchen mit Augenwaschwasser (Sublimat- oder Borlösung) und sein Augentropfwasser (Atropin, Cocain u. s. w.) haben. Dass diese Mittel eventl. nur sterilisirt zu verabfolgen sind, kann wohl als selbstverständlich vorausgesetzt werden.

Wenn auch zugegeben werden kann, dass bei unseren a- und antiseptischen Methoden Augenoperationen ohne Bedenken in jedem Krankenzimmer sich ausführen lassen, so ist es doch aus didaktischen Gründen, ferner weil es bequemer ist, und drittens, weil der Operateur sich nicht immer erst den neuen Verhältnissen zu adaptiren braucht, sehr vortheilhaft, wenn die Klinik auch über ein Operationszimmer verfügt.

Die erste Bedingung für ein solches ist ein grosses nach Norden gelegenes Fenster, weil nur durch ein solches eine gleichmässige Beleuchtung sich erzielen lässt. Auf intensive Beleuchtung kommt es uns im Allgemeinen weniger an. Gebrauchen wir diese für einzelne Fälle, wie z. B. für Nachstaaroperationen, so verwenden wir besser künstliches Licht. Natürlich müssen sich in diesem Raum alle die für chirurgische Maassnahmen nach dem Stande der Wissenschaft erforderlichen Apparate — Operationsbett, Sterilisiröfen, Warmwassereinrichtung, Elektro-Magnet u. s. w. — in brauchbarem Zustande befinden.

Die Universitäts-Augenkliniken brauchen für den ophthalmoskopischen Unterricht noch ein grösseres Dunkelzimmer und für die wissenschaftliche Verarbeitung des Materials auch ein Laboratorium. Von letzterem ist am bekanntesten das der Klinik zu Heidelberg, aus dem eine ganz erstaunlich grosse Anzahl von hervorragenden Arbeiten pathoogisch-anatomischen und experimentellen Inhaltes Jahr aus, Jahr ein geliefert werden. Strebsame Jünger der Wissenschaft, die diesen Theil der Augenheilkunde cultiviren wollen, werden mit Vortheil dorthin ihre Schritte lenken.

Wer viel Material und Operationen sehen will, der gehe nach Berlin, Königsberg oder sonst wohin.

Auf die Frage der Ventilation, Heizung und Fussbodenbekleidung brauchen wir hier nicht einzugehen, da diese Dinge in den Augenkliniken keine andere Bedeutung als in sonstigen Krankenanstalten haben, da-

gegen scheint es uns rathsam, darauf hinzuweisen, dass erstens die Geschlechter getrennt gehalten werden, und dann dass besondere Abtheilungen für Kinder da sind. Liegen diese in den Sälen der Erwachsenen, so bekommen sie Manches zu hören und zu sehen, was nicht für sie passt und andererseits stören sie oftmals durch ihr Geschrei die Ruhe der übrigen Kranken.

Wenn Land zu haben ist, so sollte zu der Klinik auch ein Garten gehören, der schattige Plätze und für die Kinder einen Sandhaufen und Turngeräthe enthält.

Meines Erachtens wäre es für die grossen Communen und für die Krankenkassen ein in idealer und wirthschaftlicher Beziehung empfehlenswerthes Unternehmen, wenn sie ausserhalb der Stadt auf dem Lande für gewisse Categorien von Augenkranken zur Hebung und Aenderung der Constitution Unterkunft schaffen würden. Ich erinnere an die Tausende von Kindern mit scrophulöser Keratitis. Zuerst werden sie ambulant behandelt, werden mit Hinterlassung von Hornhautflecken, also mit grosser Schädigung der Sehkraft geheilt. Dann kommen die Recidive und Jahre lang sind die Mütter mit ihren Kindern ständige Gäste der Poliklinik; bei anderen wird auf diesem Wege überhaupt nichts erreicht, die Kinder werden in die Abtheilung aufgenommen und in einigen Tagen resp. Wochen ist durch die Aenderung der Lebensweise, durch Wasser, Licht und Luft das erzielt, was die Poliklinik in Monaten nicht leisten konnte. Kaum sind die Kleinen aber entlassen, so ist das alte Leiden auch schon wieder da. Diese scrophulöse Keratitis schädigt mehr Augen in ihrer Sehschärfe, setzt die spätere Erwerbsfähigkeit in höherem Grade herab und schafft mehr Kurzsichtigkeit als die Schule, die für alle möglichen Augenleiden und namentlich für das Auftreten der Myopie verantwortlich gemacht wird und der man doch entgegenzutreten bemüht ist.

Und wie grossartig sind die Erfolge, wenn die Kinder unter guten hygienischen Bedingungen auf das Land gebracht werden! Die Recidive bleiben aus und die alten Flecke schwinden in nicht geahntem Maasse. Aerztliche Ueberwachung ist kaum oder nur in längeren Intervallen nöthig.

Wenn die Armendirection in Berlin z. B. nur einen Theil des Geldes, das sie für scrophulöse augenkranke Kinder jährlich an die verschiedenen Anstalten zahlt, auf die Gründung und Unterhaltung eines ländlichen Kinderaugenheimes verwenden würde, so könnte den Kindern manche Qual erspart und die Arbeitsfähigkeit im späteren Leben bei vielen Tausenden von Menschen erhöht werden. Und gar bald würde sich eine Verminderung der Gesammtkosten für die scrophulösen Hornhautentzündungen herausstellen, denn sehr viele von diesen Kindern fallen in Folge ihrer oft an Erblindung grenzenden Schwachsichtigkeit dauernd der Gemeinde zur Last.

Von den Krankenkassen kämen hauptsächlich diejenigen in Betracht, die eine grosse Anzahl von weiblichen Mitgliedern haben. Die von Blut-

armuth und Störungen der Constitution abhängigen Augenleiden fänden hier schnellere Heilung als in den Händen der besten Specialisten.

Im Anschluss hieran sei es mir gestattet, mit einigen Worten die jetzt in die Wege geleitete staatliche Fürsorge für trachomatöse Augenkranke zu streifen. Im Laufe der Zeit hat das Trachom in einigen Provinzen unseres Vaterlandes, namentlich in Ost- und Westpreussen, eine derartige Verbreitung gefunden, dass man von einer Verseuchung und Landeskalamität sprechen konnte. Die Bemühungen der Aerzte waren ziemlich erfolglos, weil, so gut sie auch behandelten und so schöne Resultate sie auch erzielten, die Kranken in die alten Trachomherde zurückgingen, jegliche Nachbehandlung und weitere Ueberwachung der Granulösen fehlte.

Kuhnt-Königsberg legte bereits 1895 einen Entwurf vor, in dem er auseinandersetzte, wie in wirksamer Weise der Seuche entgegengetreten werden könnte.

Im December 1896 tagte im preussischen Unterrichtsministerium eine Conferenz, die über die einzuschlagenden Schritte berieth und die entscheidenden Punkte des Kuhnt'schen Berichtes zur Annahme brachte. Mit Energie und Umsicht hat das Ministerium die Sache verfolgt und schliesslich auch vom Landtag eine grössere Summe zur Bekämpfung der Krankheit erlangt.

Kuhnt[1]) hatte vorgeschlagen: 1. Die Feststellung einer einheitlichen Statistik und womöglich auch allgemeiner therapeutischer Principien. 2. Möglichste Decentralisation in der praktischen Ausführung durch Ausbildung vieler Aerzte. 3. Lange ärztliche Ueberwachung auch der anscheinend Geheilten. 4. Prophylaxe für die Jugend durch Anstellung von Schulärzten. 5. Aufklärung weiter Kreise über das Wesen der Erkrankung. 6. Unentgeltliche poliklinische und klinische Behandlung.

Fast alles hat sich verwirklicht. Königsberg hat Schulärzte bekommen, von der Regierung werden an verschiedenen Orten Trachomcurse für die Aerzte veranstaltet, aller Orten wird medicamentös, mechanisch und chirurgisch gegen den Feind wacker gekämpft, Schulen, Waisenhäuser, ja ganze Ortschaften sind untersucht worden, und was die Hauptsache ist, es steht Geld zur Verfügung, durch welches es den Armen ermöglicht wird, in den zahlreichen Anstalten beider Provinzen unentgeltlich Verpflegung und ärztliche Behandlung zu erlangen.

Wir wünschen im Interesse des Vaterlandes und jener Unglücklichen, dass der Erfolg nicht ausbleibe. Ob die Bestrebungen aber im Ganzen das Erhoffte leisten werden, wird sich erst nach 10 und mehr Jahren feststellen lassen. Etwa schon jetzt oder in den nächsten Jahren einlaufende Berichte des Inhaltes, dass hier oder dort die Krankheit in

---

[1]) Kuhnt. Ueber die Therapie der Conjunctivitis granulosa. Abdruck aus dem Klin. Jahrb. 1897.

der Abnahme begriffen sei, haben aus nicht weiter zu erörternden Gründen kaum einen Werth.

Verschwiegen soll übrigens nicht werden, dass eine nicht kleine Zahl von Aerzten sich nichts von all' diesen Maassnahmen verspricht. Sie sind der Ansicht, dass die Krankheit sich an Ausdehnung vermindern und an Bösartigkeit verlieren wird, wenn in Ost- und Westpreussen durch Austrocknung der ungeheueren Sumpfflächen die Bodenverhältnisse geändert, und wenn die Stadt- und namentlich die Dorfbewohner in bessere hygienische und sociale Verhältnisse aufgerückt sein werden. In letzterer Richtung sei zuerst der Hebel anzusetzen.

---

# 10. Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Taubstumme und Sprachgebrechliche.

Von

Dr. **Hermann Gutzmann,**

dirig. Arzt der Klinik für Sprachstörungen in Zehlendorf bei Berlin.

---

## a) Fürsorge für Taubstumme.

Der Gedanke, Taubstumme zum Reden zu bringen resp. sie in der Kenntniss des Lesens und Schreibens sowie höherer Unterrichtsfächer zu unterweisen und ihnen damit die Grundlage für ein selbstständiges Erwerbsleben zu sichern, ist sehr alt, und wir begegnen ihm schon im 16. Jahrhundert, jedoch bleiben die unterrichtlichen Versuche, die zuerst in Spanien, dann in England und später in Holland unternommen wurden, nur vereinzelt und werden niemals zu schulmässiger Ausbildung gefördert. Der allgemeine schulmässige Unterricht der Taubstummen beginnt erst von der Mitte des 18. Jahrhunderts an, und zwar hat das Verdienst, die erste Taubstummenanstalt geschaffen und durch die sorgsame Ausnutzung der natürlichen Geberdensprache und einer künstlichen Fingersprache eine wissenschaftliche Unterweisung der Taubstummen in grösserem Masse durchgeführt zu haben, der Abbé Charles Michel de l'Epée zu Paris (1712—1789). Fast zu gleicher Zeit beschäftigte sich in Deutschland Samuel Heinicke mit dem Unterricht und der Erziehung der Taubstummen. Er eröffnete, nachdem seine Bestrebungen lange Zeit ohne äussere Unterstüzung geblieben waren, unter der Beihilfe des Kurfürsten Friedrich August von Sachsen im Jahre 1778 am 14. April das erste Taubstummeninstitut zu Leipzig. Schon von vorn herein hatte sich Samuel Heinicke in einen gewissen Gegensatz zu Abbé de l'Epée gestellt. Er wies an der Hand der Physiologie und Psychologie der Sprache nach, dass es nicht nur möglich sei, den Taubstummen die Lautsprache in der Form zu geben, dass sie sie im Verkehr mit ihren vollsinnigen Mitmenschen zu brauchen im Stande seien, sondern dass das auch der natürliche Vorgang der Taubstummenbildung sein müsse. Der Gedanke an sich ist nicht neu, doch ist die erste Durchführung in einer Taubstummenanstalt, die erste Anwendung auf eine grössere Zahl von Taubstummen und die rücksichtslose Bekämpfung der französischen Methode des Taubstummenunterrichts mittelst der Geberde ein unstreitiges

Verdienst Samuel Heinicke's. Wenn man in Rücksicht zieht, dass dieser einfache Dorfschullehrer den unerschrockenen Muth hatte, gegen den anerkannten und allgemein bewunderten Abbé de l'Epée aufzutreten und es schliesslich mit eiserner Energie durchzusetzen verstand, seinen eigenen Ansichten Geltung zu verschaffen, so kann man, wie Walther in seiner Geschichte des Taubstummenbildungswesens mit Recht hervorhebt, zweifelhaft werden, welchem von dieson beiden Männern eigentlich die Palme gebührt, ob dem in angenehmen Verhältnissen lebenden, wissenschaftlich gründlich durchgebildeten, vornehmen Abbé oder dem armen, mit des Lebens Noth und Sorge kämpfenden Dorfschullehrer, der Gleiches oder, wie wir jetzt wohl allgemein alle annehmen, Höheres geleistet hat. Es ist deshalb nur eine Ehrenpflicht, wenn wir den Lautsprachunterricht bei Taubstummen auch des Ferneren als die deutsche Unterrichtsmethode bezeichnen und sie in Gegensatz zu der französischen Unterrichtsmethode in der Geberde und dem künstlichen Fingeralphabet, die vom Abbé de l'Epée herstammt, stellen. Es war natürlich, dass sich zwischen diesen beiden Methoden sehr bald ein Rangstreit entwickelte, in welcher Art dem Taubstummen am besten gedient sei, und der Streit darüber ist mit ausserordentlicher Erbitterung und Heftigkeit geführt worden. Die älteren Lehrer und Directoren von Taubstummenanstalten waren zum Theil auch noch in Deutschland Schüler des Abbé de l'Epée, und so kam es, dass die Verbreitung der deutschen Unterrichtsmethode zunächst grossen Hindernissen begegnete, ja hierauf allein ist es wohl nur zurückznführen, dass in sehr vielen Taubstummenanstalten zunächst neben der Geberde auch die Lautsprache gelehrt wurde, so dass man sich der sogenannten gemischten Methode bediente. Dies wurde erst anders, als der bekannte Taubstummenlehrercongress in Mailand stattfand.

Dort versammelten sich 158 Theilnehmer, und zwar, was recht wichtig zu bemerken ist, darunter 83 Italiener und 56 Franzosen, während von Deutschen nur einer dort war, und dieser Congress fasste mit allen Stimmen gegen eine den Beschluss, dass die deutsche Artikulationsmethode für die allein richtige erklärt wurde. Der Beschluss wurde um so leichter gefasst, als die Mailänder Taubstummenanstalt, die schon längst die Artikulationsmethode eingeführt hatte, den Congresstheilnehmern ganz ausgezeichnete Leistungen darbot, und es ist nicht uninteressant, den Bericht über diese Leistungen von einem Franzosen, Franck, geschildert zu lesen.

„Es giebt in Mailand zwei Knaben- und zwei Mädchenschulen, die einen vom Staate, die anderen aus privaten Beiträgen und Provinzial-Unterstützungen erhalten, beide mit musterhafter Freigebigkeit versorgt.

Ich lasse diejenigen von mir unmittelbar gemachten Wahrnehmungen, welche die beste Vorstellung von der Vollkommenheit geben können, bis zu welcher die Articulation und das Ablesen der Worte von den Lippen in dieser Anstalt gelangt sind, hier folgen:

Vom Ende des dritten Jahres an ist der Zögling, welchen man

nicht mehr taubstumm, sondern nur noch taubredend nennen kann, im Stande, scharf zu artikuliren und kurze und vertrauliche Redewendungen in einfachen oder zusammengesetzten Sätzen von den Lippen zu lesen, die Befehle, welche man ihm mündlich ertheilt, auszuführen, und einen Vorgang, welcher sich vor seinen Augen begeben hat, zu erzählen. Er kann sogar mit seinem Lehrer ein kleines Gespräch, welches die Schranken eines bestimmt begrenzten Wortschatzes nicht überschreitet, führen.

Nach den zwei folgenden Jahren hört man ihn über einen ihm bezeichneten Gegenstand aus dem Kopfe mit lebhafter Stimme einen kurzen Bericht erstatten oder eine wirkliche oder erfundene Geschichte, bei welcher die sittliche Empfindung eine gewisse Rolle spielt, wiedergeben. Bisweilen geschieht dies mit Aenderungen, welche ebenso für sein Verständniss wie für sein Gedächtniss zeugen. Die Zöglinge dieser Schule werden geübt, laut zu lesen und Rechenschaft von der Bedeutung jedes Wortes zu geben, welches sie ausgesprochen haben. Dies Beispiel sollte in allen Volksschulen nachgeahmt werden.

Auf die kleinen Gespräche, welche sich nur auf die gewöhnlichen Dinge beziehen, und auf das laute Lesen folgen in den Oberklassen wirkliche Unterhaltungen, zusammenhängende Vorträge, Beschreibungen, Erläuterungen, Uebungen im Briefstile. Ich habe mir eine grosse Zahl Briefe mitgebracht, zu welchen meine Reisegefährten oder ich das Thema wörtlich gegeben hatten, und welche auf der Stelle unter unseren Augen geschrieben worden waren.

Es waren unter diesen Briefen mittelmässige, es waren aber darunter auch andere, welche Zöglinge der Oberklassen höherer Lehranstalten oder junge Mädchen, welche unsere besten Pensionate besucht haben, mit Stolz als die ihrigen zeichnen würden. Alle erschienen mir, wenn ein Franzose ein solches Urtheil fällen darf, tadellos korrekt. — Am Ende der Prüfungen, welchen wir beigewohnt haben, führte man die früheren Zöglinge der betreffenden Anstalt ein: Erwachsene beiderlei Geschlechts, Arbeiter, Arbeiterinnen, Comptoiristen, Landleute, Familienväter und Mütter. Lebhafte, laute, fast möchte ich sagen lärmende Unterhaltungen knüpften sie untereinander und mit den Umstehenden an, welche darauf eingehen wollten. Man fragte sie über ihr Gewerbe, über ihre Lage, ihre Erlebnisse, ihre Zukunftspläne und viele andere Dinge. Sie antworteten auf alles, gewiss im Tone der Taubstummen, aber mit fester und klarer Aussprache, mit einer Fülle und Mannigfaltigkeit der Ausdrücke, die den Fortschritt, welchen sie im Verkehr mit den natürlich Redenden gemacht hatten, erkennen liess. Einige sprachen den Dialekt ihrer Provinz, das Patois ihres Dorfes, welches man sie in der Anstalt gewiss nicht gelehrt hatte."

Die allgemeine unterrichtliche Behandlung der Taubstummen, ihre Ausbildung zu Menschen, die mit ihren vollsinnigen Mitmenschen ohne Schwierigkeiten zu verkehren im Stande waren, nahm nur ganz allmählich Fortgang. Im Jahre 1825 berichtete Beckedorf, dass für die damals ermittelten 1700 taubstummen Kinder im bildungsfähigen Alter

durch folgende Anstalten gesorgt war: Berlin mit 58, Königsberg mit 22, Breslau mit 35, Münster mit 12, Erfurt mit 16, Halberstadt mit 8 Zöglingen. Es wurden also in allen diesen Anstalten zusammen höchstens 170 Taubstumme unterrichtet, sodass von der Menge aller bildungsfähigen Taubstummen, neun Zehntel übrig blieben, für deren Ausbildung überhaupt nicht gesorgt wurde, und die in Folge dessen, wie der Berichterstatter sich ausdrückt, in einem halb thierischen Zustande aufwuchsen. Erheblich besser sieht schon der Bericht aus, den wir im Jahre 1858 über den Zustand des Taubstummenwesens erhalten, und welchen der Generalinspektor des Taubstummenwesens im Jahre 1858 im Archiv für Landeskunde veröffentlichte. Die beistehende Tabelle giebt die Zahl der schulpflichtigen Kinder in den einzelnen Provinzen an und zeigt, wie viele davon Unterricht geniessen. Das Schlussresultat ist, dass von den 3833 schulpflichtigen taubstummen Kindern nur 1012 in Taubstummenanstalten erzogen wurden.

| Provinzen. | Regierungsbezirke. | Taubstumme im Jahre 1852 | | | Davon im schulpflichtigen Alter von 5—15 Jahren | | | | Davon werden unterrichtet | Institut für Taubstumme. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | M. | W. | Summa | M. | W. | Summa | Summa d. Provinz | | |
| I. Brandenburg | Berlin-Potsdam | 485 | 361 | 846 | 116 | 90 | 206 | — | 120<br>66 | Berlin, durch sachkundige Volksschullehrer an Ort und Stelle neben dem Unterrichte in der Volksschule vorbereitet. |
| | Frankfurt | 357 | 312 | 669 | 108 | 78 | 186 | 392 | 104 | Desgleichen. |
| II. Preussen | Königsberg | 540 | 357 | 897 | 156 | 90 | 246 | — | 30 | Königsberg, Königl. Taubstummenanstalt. |
| | Gumbinnen | 478 | 368 | 846 | 157 | 118 | 275 | 521 | 45 | Angerburg, ständische Taubstummen-Anstalt für Ostpreussen. |
| | | — | — | — | — | — | — | — | 10 | Braunsberg, katholische Anstalt für Ermeland mit Staatsunterstützung. |
| | Danzig | 232 | 156 | 388 | 61 | 43 | 104 | — | 27 | Marienburg, ständische Anstalt für Westpreussen. |
| | Marienwerder | 310 | 249 | 559 | 86 | 61 | 147 | 772 | — | |
| III. Posen | Posen | 479 | 338 | 817 | 131 | 86 | 217 | — | 23 | Posen, ständische Anstalt. Vorbereitungsunterricht durch die Volksschullehrer wie in der Provinz Brandenburg. |
| | Bromberg | 222 | 173 | 395 | 59 | 52 | 111 | 328 | — | |
| | | | | | Latus: | | | 2013 | 425 | |

| Provinzen. | Regierungsbezirke. | Taubstumme im Jahre 1852 M. | W. | Summa | Davon im schulpflichtigen Alter von 5—15 Jahren M. | W. | Summa | Summa d. Provinz | Davon werden unterrichtet | Institut für Taubstumme. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Transport | | | 2013 | 425 | |
| IV. Pommern | Stettin | 297 | 223 | 520 | 92 | 55 | 147 | — | 45 | Stettin. |
| | Köslin | 220 | 195 | 415 | 57 | 50 | 107 | — | — | Provinzialanstalt mit ständischer Beihilfe. |
| | Stralsund | 76 | 62 | 138 | 17 | 12 | 29 | 283 | 10 | Stralsund, Stiftung. |
| V. Schlesien | Breslau | 471 | 416 | 887 | 113 | 80 | 193 | — | 70 | Breslau, Stiftung eines Privatvereins mit 5 Königl. Freistellen und 13 ständischen Pensionären. |
| | Liegnitz | 362 | 286 | 648 | 79 | 50 | 129 | — | 13 | Liegnitz, Privat-Anstalt mit ständischen Pensionären. |
| | Oppeln | 462 | 362 | 824 | 150 | 98 | 248 | 570 | 20 | Ratibor, desgleichen, durch Freimaurerloge daselbst gestiftet. |
| VI. Sachsen | Magdeburg | 258 | 209 | 467 | 51 | 49 | 100 | — | 29 | Halberstadt, vereinigt mit der früheren Anstalt zu Magdeburg seit 1846 (ständische Anstalt). |
| | Merseburg | 288 | 274 | 562 | 69 | 67 | 136 | — | 34 | Halle a. S., Privatunternehmen. |
| | | — | — | — | — | — | — | — | 29 | Weissenfels, ständische Anstalt. |
| | Erfurt | 157 | 133 | 290 | 30 | 34 | 64 | 300 | 30 | Erfurt, seit 1829 ständische Anstalt. |
| VII. Westfalen | Münster | 147 | 29 | 176 | 13 | 18 | 31 | — | 18 | Langenhorst, katholische Provinzial-Anstalt. |
| | Minden | 201 | 135 | 336 | 73 | 39 | 112 | — | 20 | Petershagen, evangl. Provinzial-Anstalt. |
| | Arnsberg | 196 | 150 | 346 | 55 | 41 | 96 | 239 | 42 | Büren, katholische Provinzial-Anstalt. |
| | | — | — | — | — | — | — | — | 42 | Soest, evangl. Provinzialanstalt. |
| VIII. Rheinprovinz | Köln | 155 | 101 | 256 | 35 | 32 | 67 | — | 57 | Köln, Privatvereinsanstalt für die Provinz. |
| | Düsseldorf | 257 | 175 | 432 | 93 | 66 | 159 | — | 26 | Mörs, evangl. Anstalt des Stifters seit 1835 und Provinzialanstalt seit 1841. |
| | | — | — | — | — | — | — | — | 44 | Kempen, katholische Provinzial-Anstalt. |
| | Coblenz | 201 | 161 | 362 | 31 | 36 | 67 | — | 32 | Brühl, katholische ständische Anstalt. |
| | Trier | 210 | 141 | 351 | 43 | 26 | 69 | — | 14 | Neuwied, evangl. ständische Anstalt. |
| | Aachen | 97 | 108 | 205 | 25 | 31 | 56 | 418 | 12 | Aachen, Privatvereinsanstalt. |
| IX. Sigmaringen | | 34 | 30 | 64 | 5 | 5 | 10 | 10 | — | |
| | | | | | Summa | | | 3833 | 1012 | |

Dieses Resultat ist bei der im Jahre 1874 erfolgten Zählung schon bedeutend verbessert, wie aus folgender Tabelle ersichtlich ist:

| Regierungs-Landrostei-Bezirk. (Provinz.) | Zahl d. taubstummen Kinder im Lebensalter v. Beginn des 8. bis Ende des 16. Jahres. | Von diesen Kindern werden unterrichtet a. in Taubstummenanst. | Von diesen Kindern werden unterrichtet b. in der Ortsschule u. s. w. | Es bleiben also ohne Unterricht. | Zahl der vorhandenen Lehrer. a. An Taubstummen-Anstalten. | Zahl der vorhandenen Lehrer. b. welche sich ausser dem ausschliesslich od. vorzugsweise mit Unterweisung taubstummer Kinder beschäftigen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Preussen | 2076 | 394 | 421 | 1261 | 20 | 6 |
| Brandenburg | 472 | 156 | 200 | 116 | 9 | — |
| Pommern | 679 | 228 | 137 | 314 | 13 | 3 |
| Posen | 798 | 142 | 151 | 505 | 9 | 14 |
| Schlesien | 619 | 293 | 146 | 180 | 29 | 1 |
| Sachsen | 302 | 165 | 63 | 74 | 21 | 1 |
| Schleswig-Holstein | 104 | 100 | 2 | 2 | 6 | — |
| Hannover | 323 | 242 | 24 | 57 | 28 | — |
| Westfalen | 246 | 105 | 66 | 75 | 10 | — |
| Hessen-Nassau | 350 | 158 | 107 | 85 | 18 | — |
| Rheinprovinz | 532 | 267 | 89 | 176 | 25 | — |
| Hohenzollernsche Lande | 20 | 7 | 9 | 4 | — | — |
| Hauptsumme | 6521 | 2257 | 1415 | 2849 | 188 | 25 |

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, die einzelnen statistischen Nachweise weiter auszudehnen, wir wollen nur darauf hinweisen, dass in den statistischen Jahrbüchern des Königl. statistischen Bureaus von Guttstadt genaue Aufweisungen über die einzelnen Taubstummenlehranstalten im preussischen Staate regelmässig veröffentlicht worden sind. In ganz Deutschland existiren nach dem Radomski'schen Kalender zur Zeit 96 Taubstummenanstalten, wovon 47 allein auf Preussen kommen. In den 96 Anstalten werden zur Zeit 6426 taubstumme Kinder unterrichtet.

Wenn wir die einzelnen Zahlen betrachten, so finden wir, dass immerhin eine gegenüber den Vollsinnigen relativ grosse Anzahl von Kindern ohne Unterricht aufwächst. Es ist das ganz natürlich, da wir für die taubstummen Kinder keinen Schulzwang besitzen. Die einzige Provinz, in welcher der Besuch obligatorisch ist, ist die Provinz Schleswig-Holstein. Da von Zeit zu Zeit auch im preussischen Abgeordnetenhause immer wieder die Frage nach dem Schulzwang der taubstummen Kinder auftaucht, so wollen wir hier gleich hervorheben, dass eine wirkliche Durchführung des Schulzwanges ausserordentlichen Schwierigkeiten begegnen muss. Nehmen wir an, dass in einem Dorf, das ziemlich weit

von der nächsten Taubstummenanstalt sich befindet, ein taubstummes Kind vorkommt, so muss es sicher für die Eltern sehr hart sein, ihr Kind in dem Alter von 6 Jahren aus dem Hause zu geben, und wenn sie auch das Wohl des Kindes ihren persönlichen Gefühlen voranstellen werden, so werden sich aus der strengen Durchführung des Zwanges doch sehr viele Misshelligkeiten ergeben müssen. Abgesehen davon ist zweifellos die Durchführung mit erheblichen Kosten verknüpft, Kosten, die voraussichtlich doch die einzelnen Gemeinden zu tragen hätten. Ein Zwang würde wohl dann nur anwendbar sein, wenn in jedem Ort eine für die Ausbildung der Taubstummen bestimmte Schule oder doch ein mit dieser Ausbildung vertrauter Lehrer sich vorfinden würde. Ganz in diesem Sinne spricht sich eine Verfügung der Königlichen Regierung vom 12. August 1847 aus, worin es folgendermaassen heisst: „Die Königliche Regierung hat mittelst Berichtes vom 16. April d. J. die Frage in Anregung gebracht, ob die Eltern und Pfleger nicht vollsinniger Kinder für verpflichtet erachtet seien, diese Kinder in den vorhandenen Taubstummen- und Blindenanstalten ausbilden zu lassen. Die Bejahung dieser Frage würde einerseits die Anwendung von Zwangsmaassregeln gegen Eltern rechtfertigen, die aus irgend welchem Grunde ihre Kinder den gedachten Anstalten zu übergeben sich weigern, ohne durch Privatunterricht für eine genügende Ausbildung derselben zu sorgen. Anderntheils würde infolge davon eine Verpflichtung der Gemeinden resp. Kreisverbände auszusprechen sein, die Kosten für die Ausbildung der Kinder notorisch armer, oder nicht genug bemittelter Eltern zu bestreiten. Wenn die Königliche Regierung aus Gründen der Sittlichkeit und der allgemeinen Wohlfahrt die Bestimmungen des allgemeinen Landrechts, welche den Eltern die Pflicht auferlegen, für die Erziehung und geistige Ausbildung ihrer Kinder zu sorgen, auch auf die Erziehung und Ausbildung nicht vollsinniger Kinder um so mehr für anwendbar erklären zu müssen glaubt, als diese andernfalls der Hilflosigkeit und sittlichen Verwahrlosung noch mehr ausgesetzt seien als vollsinnige Kinder, so unterliegt die Richtigkeit dieser Annahme im Allgemeinen keinem Zweifel. Der Umfang der in diesen Bestimmungen für die Eltern liegenden Verpflichtung kann aber nach der gegenwärtigen Gesetzgebung nicht so weit ausgedehnt werden, dass die Eltern genöthigt werden könnten, die ganze Pflege und Erziehung ihrer Kinder ausserhalb ihres Wohnortes liegenden Anstalten zu übergeben. Wenn durch die bekannten Paragraphen des allgemeinen Landrechts Eltern, welche den Unterricht ihrer Kinder nicht selbst besorgen könnten, verpflichtet wären, ihre Kinder zur Schule zu schicken und deren Unterricht fortsetzen zu lassen, bis dieselben die einem jeden vernünftigen Menschen ihres Standes nothwendigen Kenntnisse aufgefasst haben, so ist hierunter eben nur der Unterricht in der Ortsschule verstanden, welche von Seiten des Staates so eingerichtet ist, dass sie von den Eltern ohne erhebliche Kosten und ohne dass diese Pflege und Erziehung ihrer Kinder aus der Hand zu geben brauchen, benutzt werden kann. Der Unterricht und die Ausbildung nicht voll-

sinniger Kinder ist dagegen ein unter ganz besonderen Bedingungen eintretendes ausserordentliches Bedürfniss, auf dessen Befriedigung die hinsichtlich des Unterrichtes im Allgemeinen bestehenden Bestimmungen schon um des willen nicht unbedingte Anwendung finden können, weil die hierfür vorhandenen Anstalten der Natur der Sache nach nicht in solcher Art und Zahl vorhanden sind, dass ein Zwang oder eine Nöthigung zur Benutzung derselben ohne wesentliche Eingriffe in Familienverhältnisse stattfinden könnte".

Im Wesentlichen ist dies der Standpunkt der preussischen Regierung auch bis auf die heutige Zeit geblieben, und wenn jetzt auch eine genügende Anzahl von Anstalten wohl vorhanden ist, dass sämmtliche taubstummen Kinder unterrichtlich ausgebildet werden könnten, so bleiben doch die ausgeführten Schwierigkeiten zur Einführung des Schulzwanges für taubstumme Kinder nach wie vor bestehen.

Wenn wir nun auf die eigentliche Thätigkeit der Taubstummenanstalten noch mit wenigen Worten eingehen, so wollen wir ganz kurz im Anschluss an einen Lehrplan der Taubstummenanstalten der Provinz Sachsen das anführen, was dort über den Sprachunterricht bei Taubstummen gesagt wird:

### Sprachunterricht.

Der Sprachunterricht ist der wichtigste Unterricht in der Taubstummenanstalt. Soll der Taubstumme zum Umgange mit Vollsinnigen befähigt werden, so ist es nöthig, ihm die Lautsprache zu geben. Dazu gehört, dass er in den Stand gesetzt werde, sich nicht nur mündlich und schriftlich anderen verständlich zu machen, sondern auch Gesprochenes vom Munde anderer Personen abzulesen, sowie durch Lectüre zur Fortbildung fähig zu sein. Es wird deshalb nothwendig sein, dass dem gesammten Sprachunterrichte die meiste Zeit und die grösste Sorgfalt zugewendet wird.

Die erste Hälfte der Schulzeit von acht Jahren braucht der Zögling zur Erlernung der Elementarsprache, wie sie jedes vollsinnige Kind mit in die Schule bringt. Erst in der zweiten Hälfte wird er — soweit dies überhaupt erreichbar ist — in das Verständniss und die Anwendung schwierigerer Sprachformen einzuführen sein.

Am Ziele des Sprachunterrichtes soll der Taubstumme dahin gelangt sein,

1. dass er sich über die Dinge seines Lebenskreises und über alles, was sich in demselben ereignet, auch über innere Zustände, Beobachtungen, Erfahrungen, Erlebnisse u. s. w., wenn auch nicht frei von Fehlern, so doch für andere verständlich, mündlich und schriftlich ausdrücken und demnach auch einen geordneten Aufsatz über bekannte Gegenstände anfertigen kann,

2. dass er im Stande ist, mündliche und schriftliche Mittheilungen

über Gegenstände seines Lebenskreises zu verstehen und sich namentlich selbst durch das Lesen weiter zu unterrichten.

Der gesammte Sprachunterricht zerfällt in: 1. Artikulationsunterricht, 2. Anschauungsunterricht, 3. Lesen und Sprache, 4. Freien Sprachunterricht, 5. Sprachformenunterricht, 6. Aufsatzübungen.

### 1. Artikulationsunterricht.

Seine Einleitung findet der Artikulationsunterricht in allerlei Ordnungs- sowie systematischen Athemübungen. Da die Lunge des Taubstummen meist unentwickelter als die Vollsinniger ist, so ist zur Erzielung eines reinen, natürlichen und kräftigen Tones auf die letzteren besonders Gewicht zu legen. Die Uebungen geschehen zunächst ohne, später mit Ton. Der eigentliche Artikulationsunterricht hat zunächst die Aufgabe, klares Hervorbringen der einzelnen Laute uud der verschiedensten Lautverbindungen zu erzielen. Indessen tritt er nicht gesondert auf, sondern steht mit Absehen, Schreiben und Lesen in engster Verbindung, so dass die Schüler nach neunmonatlichem Schulbesuche unter sonst normalen Verhältnissen nicht nur alle Laute und Lautverbindungen deutlich und geläufig zu sprechen im Stande sind, sondern sie auch schreiben und lesen können.

Uebung der Grossbuchstaben sowie der Druckschrift gehen in den letzten drei Monaten nebenher.

Nach Verlauf eines neunmonatlichen Schulbesuches (Ferien eingerechnet) hat der eigentliche Artikulationsunterricht seinen Abschluss gefunden. Zur Sicherung der Deutlichkeit und Klarheit der Sprache werden bis zum sechsten Schuljahre besondere Stunden für die Pflege des lautrichtigen betonten und geläufigen Sprechens und Lesens, sowie die Absehfertigkeit anzusetzen sein und zwar für die letzten drei Monate der zweiten Hälfte des ersten Schuljahres und das zweite Schuljahr wöchentlich vier, für das dritte bis fünfte je zwei Stunden und für das sechste noch eine Stunde. Für die beiden letzten Schuljahre dürften 15—20 Minuten täglich ausreichen.

Den Stoff zu solchen Uebungen liefern entweder die übrigen Unterrichtsstunden, oder es werden geeignete Sprichwörter, Denksprüche, Redensarten des gewöhnlichen Lebens und kleine Gedichte geübt. Die Hauptsache dabei wird aber nie der Stoff selbst, sondern stets die gewandte und deutliche Aussprache desselben sein. Nach den Ferien ist auf solche Uebungen besonderes Gewicht zu legen.

Ihre Rechtfertigung findet diese Praxis für die späteren Jahre darin, dass der Taubstumme seine Sprache nicht selbst zu controlliren im Stande ist. In der Aussprache treten Trübungen, Unreinheiten, Abnormitäten u. s. w. ein, die fort und fort zu corrigiren sind. Die Gefahr der Undeutlichkeit in der Sprache wird um so grösser, je mehr die Geschwindigkeit im Sprechen zunimmt und der Sprachunterricht grössere Bedeutung gewinnt. Es darf aber keineswegs die sorgfältige Pflege der Lautsprache gegenüber einer einseitigen Förderung geistiger Bildung der

Schüler versäumt werden. Nach der Schulzeit vermag ein Taubstummer wohl im Verkehre mit anderen an Geistesbildung und Absehfertigkeit zu gewinnen, nicht aber die Unvollkommenheiten seiner Lautsprache zu corrigiren.

Der Artikulationsunterricht wird in wöchentlich 16 Stunden ertheilt.

## 2. Anschauungsunterricht.

Der Anschauungsunterricht hat den Zweck, den taubstummen Schüler mit Vorstellungen und Kenntnissen zu bereichern, zum Denken anzuregen, an Festhalten seiner Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand zu gewöhnen, ihn im Gebrauche der ihm bekannten Sprachformen zu üben und denselben zu erweitern, zum freien Sprechen zu veranlassen, sowie Stoff zu schriftlichen Arbeiten herbeizuschaffen. Er ist zunächst nur ein vorbereitender, der mit dem Artikulationsunterrichte Hand in Hand geht und nur in einem einfachen Benennen der Gegenstände und ihrer hervorragenden Erscheinungen besteht. Erst mit dem letzten Vierteljahre, unter günstigen Verhältnissen auch wohl früher, beginnt in besonderen Stunden der eigentliche Anschauungsunterricht. Den Stoff dazu bietet für die ersten vier Schuljahre die Heimathskunde.

Der Unterricht ist zuerst möglichst an wirkliche Gegenstände, erst später auch an Modelle und Bilder anzuschliessen.

Wenn auch Sachkenntniss eine Hauptsache ist, so darf darüber doch nie die lautrichtige und deutliche Bezeichnung der Gegenstände vernachlässigt werden.

An Stelle des Anschauungsunterrichtes tritt vom fünften Schuljahre ab der Unterricht in der Weltkunde.

Der Anschauungsunterricht wird vom Beginne des vierten Schuljahres in wöchentlich vier Stunden ertheilt.

## 3. Lesen und Sprache.

Mehr oder weniger wird der nach vollendeter Ausbildung aus der Taubstummenanstalt entlassene Taubstumme eine isolirte Stellung unter seinen Mitmenschen behalten. Nur zu leicht kommt er so in die Gefahr, den unter besonderen Mühen und Kosten erlangten höheren oder niederen Grad seiner Bildung nach und nach wieder zu verlieren und zum Theil in sein früheres geistiges Elend zurück zu versinken. Vor solchem Unglücke kann er nur bewahrt werden, wenn die Anstalt ihn befähigt, durch Lesen von Büchern, Zeitungen und anderen Schriften seinen vorhandenen Sprachschatz zu erhalten, zu befestigen und zu erweitern. Diese Aufgabe wird gelöst durch den Unterricht in Lesen und Sprache. Die Anstalt hat daher darauf zu achten, den Schüler in die deutsche und lateinische Druckschrift einzuführen und ihm im Lesen Geläufigkeit und Gewandtheit anzueignen. Vorbereitet ist der Unterricht insofern, als die Schüler schon sowohl während des Artikulationsunterrichtes Geschriebenes lesen lernen, als auch mit den Druckbuchstaben bekannt gemacht werden, so dass dem Schüler spätestens mit Beginn des vierten

Quartales im ersten Schuljahre ein Lesebuch in die Hand gegeben werden kann.

Das Verständniss ist überall angemessen und hinreichend unter Benutzung möglichst von wirklichen Gegenständen oder von Modellen und Bildern zu ermitteln.

An das Lesen schliesst sich eine mündliche Besprechung, die in der Regel Satz für Satz erfolgt und dem Schüler Stoff und Form zu eigen macht, sowie schriftliche Arbeiten, die jedoch von den eigentlichen Aufsatzübungen zu unterscheiden sind. Der Anschauungsunterricht wird dem Unterrichte in Lesen und Sprache stets helfend zur Seite zu stehen haben.

Konsequent ist darauf zu halten, dass die Laute und Wörter deutlich gesprochen und richtig verbunden, die zu lesenden Sätzchen im Zusammenhange gesprochen werden und die Betonung in Silben und Wörtern deutlich hervortrete.

Auf der Oberstufe gewinnt der Unterricht eine grössere Mannigfaltigkeit dadurch, dass dem Schüler an Stelle des nur für den Taubstummenunterricht berechneten Lesebuches für Taubstummenanstalten ein einfach gehaltenes Volksschullesebuch in die Hand gegeben, sowie von Zeit zu Zeit das Localblatt gelesen wird.

Zur Privatlectüre sind die Zöglinge der Oberclasse anzuregen. Zu dem Zwecke ist eine Schülerbibliothek anzulegen, aus welcher in einem bestimmten Turnus Bücher ausgeliehen werden. Ueber die Lectüre ist zu bestimmten Zeiten Controle zu führen, die Kinder haben mündlich oder, soweit es angeht, schriftlich über das Gelesene zu referiren. Was sie aber während des Lesens nicht verstanden haben, tragen sie in ein besonderes Buch ein. Der Unterricht in Lesen und Sprache beginnt, wie bereits bemerkt, spätestens mit Beginn des vierten Quartals des ersten Schuljahres und wird durch alle Classen in wöchentlich vier Stunden ertheilt.

### 4. Freier Sprachunterricht.

Die freien Sprachübungen verfolgen den Zweck, dem Schüler allerlei Phrasen des gewöhnlichen Verkehrs mit anderen Menschen, welche der Vollsinnige durch den Umgang lernt, durch Unterricht anzueignen. Da sie sich mittelbar an das Bedürfniss anschliessen, so kann zunächst auch nicht Rücksicht darauf genommen werden, ob die gegebene Form von dem Schüler verstanden wird oder nicht, Hauptsache wird immer die gelegentliche Anwendung bleiben.

Gerade der freie Sprachunterricht ist wegen der sofortigen und dauernden Anwendbarkeit seines Lehrstoffes mehr als der grammatische geeignet, dem Taubstummen unsere Sprache bald zu eigener unmittelbarer Ausdrucksform zu machen und für seine gesammte Sprachbildung zu wirken. Auf ihn ist darum für die Dauer der ganzen Schulzeit ein grosses Gewicht zu legen.

Eine systematische Folge der vorzunehmenden Uebungen wird kaum

festzustellen sein, da nur das augenblickliche Bedürfniss maassgebend ist. Während auf der Unter- und Mittelstufe allerlei Befehle, Fragen, Wünsche, Grüsse, eigene und Namen der Lehrer und Mitschüler, Bezeichnung der Wochentage, Monate, Tages- und Jahreszeiten u. s. w. reichen Stoff liefern, gestaltet sich auf der Oberstufe der Unterricht insofern freier, als hier Besprechungen von allerlei Ereignissen und Tagesneuigkeiten stattfinden, Gespräche geübt werden und dergleichen mehr.

Die auf den freien Sprachunterricht zu verwendende Zeit beträgt vom vierten Quartale des ersten Schuljahres an durch alle Classen zwei Stunden in der Woche.

### 5. Sprachformenunterricht (Grammatik).

Entgegengesetzt den Sprachübungen verfolgt der Sprachformenunterricht das Ziel, den Taubstummen in das Verständniss der Sprachformen einzuführen und so lange darin zu üben, bis er dieselben beim Sprechen und Schreiben zur richtigen Anwendung bringt. Es findet dieser Unterricht seine Begründung darin, dass der Taubstumme nicht wie der Vollsinnige durch den Gebrauch im Verkehre die Sprachformen erlernen kann. Ihm sind daher anfänglich nur auf dem Wege praktischer Uebung und Gewöhnung und später neben dieser auf dem Wege der Einsichtsvermittelung in die Gesetze der Sprache die Sprachformen zu eigen zu machen und ist dadurch auch in ihm ein Sprachgefühl zu erzeugen.

Reine Formenübung ist unerlässlich, wie beim Erlernen fremder Sprachen. Indess ist nie zu vergessen, dass die Formen, wie dies schon im Unterrichte Vollsinniger Regel ist, nur an praktischen Beispielen zu zeigen und zu üben sind, sie müssen demnach jederzeit zuerst im sprachlichen Zusammenhange dem Schüler vorgeführt werden. Todtes Erlernen ist auch hier als zwecklos zu verwerfen.

Bei einem achtjährigen Cursus wird es gelingen können, auch ihn in das Verständniss mehrfach zusammengesetzter Sätze einzuführen. Indess wird es Hauptaufgabe bleiben, diejenigen Formen, welche die häufigste Anwendung in der Sprache finden, bis zur vollen Sicherheit zu üben.

Auf der Oberstufe sind die Schüler zugleich mit den wichtigsten und gebräuchlichsten grammatischen Bezeichnungen für die Wörter, Wort- und Satzform bekannt zu machen.

Der Sprachformenunterricht wird vom vierten Quartale des ersten Schuljahres an durch alle Classen in wöchentlich zwei Stunden ertheilt.

### 6. Aufsätze.

Während schriftliche Sprachübungen je nach der Leistungsfähigkeit der Kinder einen Theil des Sprachunterrichts schon auf der Unterstufe gebildet haben und als Mittel zur Sprachbildung fort und fort behandelt

werden, treten sie als gesonderter Lehrgegenstand erst in den oberen Classen auf.

Aei den Aufsatzübungen handelt es sich vornehmlich um die Fertigkeit, Briefe, sowie die gewöhnlichen Geschäftsaufsätze in der gehörigen Form anzufertigen. Ausserdem werden die Schüler in der Wiedergabe von Erzählungen, Beschreibungen, Schilderungen, u. s. w. geübt, desgleichen zum Reproduciren geeigneter und bereits bekannter Lesestücke angehalten.

Hierher gehört auch die Führung eines Tagebuches vom dritten Schuljahre an, zweimal wöchentlich.

Jedem Aufsatze und jeder Eintragung ins Tagebuch geht sorgfältige Vorbereitung seitens des Lehrers voran. Je länger, je mehr ist die Selbstständigkeit der Schüler zu erzielen.

Eigentliche Aufsätze werden erst im sechsten, siebenten und achten Schuljahre angefertigt und sind zur Vorbereitung und Besprechung derselben wöchentlich zwei Stunden zu ertheilen. In der Regel wird alle 14 Tage ein Aufsatz abgegeben.

Schlussbemerkung: Am Ziele des Sprachunterichts soll der Taubstumme dahin gelangt sein,

1. dass er sich über die Dinge seines Lebenskreises und über alles, was sich in demselben ereignet, auch über innere Zustände, Beobachtungen, Erfahrungen, Erlebnisse u. s. w., wenn auch nicht frei von Fehlern, so doch für andere verständlich, mündlich und schriftlich ausdrücken und demnach einen geordneten Aufsatz über bekannte Gegenstände anfertigen kann,

2. dass er im Stande ist, mündliche und schriftliche Mittheilungen über Gegenstände seines Lebenskreises zu verstehen und sich namentlich durch Lesen selbst weiter zu unterrichten.

Es erübrigt noch, in Bezug auf die Fürsorge für die Taubstummen auf einige rein ärztliche Gesichtspunkte näher einzugehen. Zunächst ist es bekannt, dass von den taubstummen Kindern in Taubstummenanstalten doch immer nur ein verhältnissmässig geringer Theil gar nichts hört. Eine gewisse Anzahl vermögen noch Schallwahrnehmungen zu machen, andere unterscheiden noch einzelne Vokale, andere endlich sogar sind noch im Stande, bei lautem Sprechen Worte oder kleine Sätzchen durch das Ohr aufzufassen. Es ist deswegen bei der unterrichtlichen Erziehung der Taubstummen ganz natürlich, dass diese Hörreste, soweit sie benutzbar sind, für den Unterricht verwerthet werden, und ich habe bei den vielfachen Berührungen, die ich mit den Taubstummen und Taubstummenanstalten hatte, stets gesehen, dass das Gehör zur Erzielung der Sprache stets benutzt wurde, soweit das überhaupt möglich war. In neuerer Zeit sind nun die von Itard schon im Anfange dieses Jahrhunderts aufgenommenen Hörübungen für Taubstumme wieder neu empfohlen worden. Im Jahre 1805 begann Itard seine Versuche an 12 Zöglingen des Pariser Instituts. Schmalz giebt aus Itard's Werken folgenden Bericht: Er wandte zuerst die durchdringendsten Töne an,

um ihren Gehörsinn zu reizen, indem er im Lehrsaale eine grosse Thurmglocke hatte aufhängen lassen, welche er anschlug. Jeden Tag liess er den Ton an Stärke abnehmen, theils indem er den Taubstummen weiter von der Glocke entfernte, theils indem er mit einem weicheren Körper daran schlug. Sobald er bemerkte, dass die Kinder undeutlicher hörten, so liess er plötzlich lauter anschlagen, um die Organe wieder in Thätigkeit zu bringen, ging dann wieder zu den schwächeren Tönen über und konnte so bemerken, dass die Kinder sie nun wieder ebenso deutlich empfanden als vorher. Später liess er, um die Reizbarkeit des Organes zu erhalten, ein Uhrschlagewerk (timbre de pendule) langsam an dem Ohre der Taubstummen schwingen und entfernte sich allmählich von ihnen, ohne dem Tone, welchen er mit dem Instrumente hervorbrachte, mehr Stärke zu geben. Durch dieses Mittel vermehrte und erhielt er die Empfänglichkeit, zu hören soweit, dass in der Entfernung von 25 Schritten Töne gehört wurden, welche dasselbe Kind nicht weiter als zehn Schritte hören konnte, wenn er sich darauf beschränkte, es unmittelbar in diese Entfernung zu bringen. Da nun diese Experimente in einem langen Gange vorgenommen wurden und er Sorge getragen hatte, die Taubstummen in eine Linie zu stellen, so dass er, sich von ihnen in kleinen Schritten entfernend, auf einer der Mauern dieses Ganges die verschiedenen Entfernungen bezeichnen konnte, in denen die einzelnen von ihnen aufgehört hatten zu hören, so erhielt er dadurch einen genauen Maassstab für die Summe der erreichten Fortschritte. Er machte hierbei mehrmals die Bemerkung, dass, wenn der Taubstumme die für ihn höchste Stufe des Gehörs erlangt hatte, derselbe oft in 24 Stunden alles verlor, was er in der letzten Stunde sich erworben hatte, so dass er ihn am anderen Tage tauber fand, als am vorhergehenden. Dann war alle Mühe, ihn weiter zu bringen, umsonst, und das Gehör hatte durch diese Uebung alles erlangt, was es zu erreichen fähig war.

Gerade diese letztere Beobachtung stimmt mit den Resultaten vieler anderer Autoren überein. Nachdem Itard die Empfindlichkeit des Gehörorgans in dieser Weise vermehrt hatte, suchte er ihnen den Unterschied zwischen Tönen, dann die Richtung der Töne, den Rhythmus u. s. w. beizubringen. Auch wandte er zwei verschiedene Formen von Hörrohren an, eins für den Taubstummen selbst, eins für den zu ihm Sprechenden. Itard hatte über seine Methode, die er medico-physiologisch nannte, der Akademie eine Abhandlung eingereicht, und die von der Akademie ernannte und mit der Prüfung beauftragte Commission erstattete durch Husson am 6. Mai 1828 einen sehr günstigen Bericht.

Schmalz fügte seinem Referate über Itard's Versuche folgendes lakonische Urtheil bei: „Weil ich jedoch seit dieser Zeit, ohngeachtet mehrerer Anfragen, über die durch Itard angestellten Versuche nicht das geringste mehr gehört habe, so ist es mir mehr als wahrscheinlich, dass dieselben nicht zum Ziele geführt haben, indem sie sonst gewiss fortgesetzt worden wären“.

In Schweden wandte Dr. Saeve dasselbe Verfahren 1828 in Verbindung mit Elektricität mit angeblich gutem Erfolge an.

Im Jahre 1835 hat Dr. Barries aus Hamburg Versuche im Berliner Taubstummeninstitut angestellt. Nach seiner Angabe hat er 14 Taubstumme wieder hörend gemacht, nach der Angabe des Ministeriums aber haben die Versuche zu keinem Resultat geführt und wurden deshalb verboten. Barries wandte ausser Hörübungen, denen wohl die meisten anscheinenden Resultate zu verdanken sind, den elektrischen Strom an, indem er den Elektroden die Form von hufeisenförmigen Magneten gab, die auf einen bestimmten Ton abgestimmt waren und deren einer verlängerter Schenkel in den äusseren Gehörgang eingeführt wurde. Er behauptete nämlich, dass jeder Taubstumme noch einen Ton hören könne; es käme darauf an, diesen Ton zu finden und dann die betreffenden Stimmgabeln als Magnete zu benutzen. — So abenteuerlich dieser Gedanke nun auf den ersten Anblick scheinen mag, so stimmt seine Grundlage doch auffällig mit Stimmgabelversuchen überein, die kürzlich in Nürnberg mitgetheilt wurden. Die praktische Schlussfolgerung dürfte nicht so ohne weiteres gerechtfertigt erscheinen, zumal die Behauptungen Dr. Barries' jeden Beweises entbehrten. Die Endresultate seiner Heilversuche waren jedenfalls negativ.

Endlich erwähne ich noch kurz, dass im Jahre 1852 Dr. Blanchet im Pariser Taubstummeninstitut ähnliche Gehörübungen anstellte, wie Itard, dass aber die Resultate offenbar nicht derart waren, dass man zu weiteren Versuchen ermuthigt worden wäre. Jedenfalls war dies das Resultat mehrerer Commissionsberichte und einer sehr hitzigen Diskussion in der Pariser Akademie.

Vor ca. 3 Jahren wurde nun wieder von Frankreich aus ein Hörrohr durch einen Abbé Verrier empfohlen, das geeignet sein sollte, als Uebungsinstrument für Gehörserweckung und Gehörsbesserung bei Taubstummen zu wirken. Wegen der auffallenden Erfolge, die sowohl von dem Erfinder als von zweifellos vorurtheilslosen Sachverständigen berichtet wurden, hat man auch in Deutschland ausgedehnte Versuche mit dem Hörrohr angestellt. Das Gesammtresultat war, um es kurz zu sagen: es stellte sich heraus, dass in einzelnen Fällen Erfolge erzielt wurden, die sich schliesslich als Selbsttäuschung entpuppten. Selbst erfahrene Taubstummenlehrer wurden zuerst getäuscht. Mein Vater, Albert Gutzmann, der auf eine 30 jährige Erfahrung als Taubstummenlehrer zurücksehen kann, liess sich gleichfalls im Anfange seiner Versuche täuschen. Worauf diese Täuschungen beruhten, darauf will ich hier nicht näher eingehen; jedenfalls ist von Seiten der deutschen Taubstummenlehrer übereinstimmend festgestellt worden, dass das Verrier'sche Hörrohr bei den wirklich Taubstummen nichts nützt.

Kürzlich hat Urbantschitsch in der „Wiener klinischen Wochenschrift“ über die Möglichkeit berichtet: „Durch acustische Uebungen auffällige Hörerfolge auch an solchen Taubstummen zu erreichen, die bisher für hoffnungslos taub gehalten wurden“. U. hat die Uebungen

ohne Hörrohr vorgenommen und vornehmen lassen und behauptet, dass er selbst in Fällen, welche bei den ersten Versuchen sich „scheinbar“ als völlig taub erwiesen, durch die Uebungen auffallende Erfolge erzielt habe. Er lässt täglich eine halbe Stunde üben und empfiehlt, sich von scheinbaren Misserfolgen nicht abschrecken zu lassen, da sich nur bei grösster Ausdauer und Geduld Erfolge erzielen lassen.

Nach meinen Erfahrungen an Patienten, die von Urbantschitsch selbst behandelt wurden, kann ich nur vor den besonders durch die Berichte in Tageszeitungen erweckten übertriebenen Hoffnungen warnen.

Ich kann das um so mehr thun, als derartige Hörversuche bis jetzt bei allen mir bis jetzt näher bekannt gewordenen Einzelfällen niemals dazu geführt haben, den Patienten soweit zu bringen, dass er im Stande war, das gewonnene Gehör im Umgang mit seinen Mitmenschen zu benutzen, wenigstens nicht bei wirklichen Taubstummen. Wenn man aber bedenkt, welche grosse Summe von Arbeitszeit und Mühe darauf verwendet werden muss, um schliesslich ein so mageres Resultat zu erhalten, so wird man doch wohl gut thun, von derartigen Uebungen Abstand zu nehmen. Selbst der Schwerhörige, der noch ganz gut im Stande ist, die Unterhaltungen seiner Mitmenschon zu verstehen, hat das Gefühl, dass sein Gehör doch nicht ausreicht, und wir finden deswegen sehr häufig, dass schwerhörige Patienten die Kunst, die Worte vom Munde abzulesen, zu erlernen suchen, um den Mangel, den sie empfinden, auszugleichen.

Ausführliche Prüfungen, die ich mit Hörversuchen nunmehr seit einer Reihe von Jahren vorgenommen habe, haben das nur bestätigt, was offenbar schon Itard gefunden hatte, dass eine dauernde, erhebliche und wirklich praktisch brauchbare Besserung bei Taubstummen mit Hörübungen nicht zu erzielen ist. Es sollte Werth darauf gelegt werden, dass die Taubstummen das Absehen vom Munde möglichst so vollkommen erlernen, dass sie im Verkehr mit den sehenden Mitmenschen gar keine Schwierigkeiten mehr haben. Wenn daher ein besonderer Unterrichtsgegenstand in die Erziehung der Taubstummen eingeführt werden sollte, so müsste man dafür plaidiren, dass ausser dem Absehunterricht, der an sich nothwendig mit der sprachlichen Entwicklung der Kinder verbunden ist, besonders auf einer späteren Stufe der Entwickelung, z. B. in der obersten Klasse, wo das Kind bereits einen grossen Sprachschatz erworben hat, ein systematischer Absehunterricht ertheilt wird. In ausführlichen Darlegungen habe ich selbst bereits vor Jahren darauf hingewiesen, in welcher Weise ein derartiger Unterricht für die Taubstummen zweckdienlich ertheilt werden müsste.

Von ganz besonderer Wichtigkeit ist für die taubstummen Kinder die physische Erziehung. Es ist bekannt, dass die taubstummen Kinder besonders bei Eltern, deren sociale Lage keine besonders glückliche ist, bis zum Schulunterricht ausserordentlich vernachlässigt werden. Die kleinen taubstummen Kinder bleiben fast ausschliesslich an die enge Scholle der Familienstube gebannt. Strasse, Feld und Wald bleiben

ihnen aus Besorgniss der Eltern unzugänglich, besonders wenn sie ärmeren Familien angehören, ja, es sind mir Fälle bekannt, dass taubstumme Kinder bis zu ihrer Einschulung Tag für Tag in der elterlichen Wohnung eingeschlossen blieben, weil die Eltern während dieser Zeit zur Arbeit gehen mussten. Wie diese Kinder zur Schule kommen, das weiss jeder Taubstummenlehrer: „Verwahrlost an Geist und Leib werden sie uns zugeführt. Ueber die körperliche Unbeholfenheit unserer kleinen Taubstummen könnte ich Wunderbares erzählen; in Folge ihrer Isolirung und Zurücksetzung bei Handreichungen in und ausser dem Hause, weil ihr Gehörmangel den Verkehr und die Verständigung erschwert, wird bei diesen armen Kindern in der Regel diejenige Gewandheit und Leichtigkeit in den Bewegungen vermisst, die gleichaltrigen hörenden Kindern fast immer eigen ist.“ (Albert Gutzmann.)

Es ist bekannt, dass die Sterblichkeit unter Taubstummen grösser ist als unter den Vollsinnigen, wenngleich Hartmann die erhöhte Sterblickeit nur bei den nicht ausgebildeten Taubstummen zugiebt und die Ursache in den erschwerten Lebensbedingungen findet, unter denen diese stehen. Thatsache ist, dass Lungenschwindsucht sich ausserordentlich häufig gerade unter Taubstummen findet. Die gegentheiligen Ansichten, die in neuerer Zeit besonders Lemcke angeführt hat, sind, obgleich sie auf Grund statistischen Materials gewonnen wurden, doch nicht genügend fundirt, da dieses statistische Material zur Beurtheilung derartiger Fragen zu klein ist. Jedenfalls kann es nach dem Gesagten gar keinem Zweifel unterliegen, dass die Taubstummen in körperlicher Beziehung einer besonderen Ausbildung und Pflege bedürfen. Es ist deswegen das Turnen in Taubstummenanstalten ganz besonders zu bevorzugen.

Ein weiterer Punkt, auf den wir besonders aufmerksam machen müssen, ist der, dass bei einer grossen Anzahl von Taubstummen noch eine Reihe von körperlichen Fehlern, besonders in Bezug auf das Gehörorgan, vorhanden sind, die einer ärztlichen Behandlung dringend bedürfen. Es ist deswegen eine einfache Nothwendigkeit, dass, wenn man schon die Schulärzte im Allgemeinen nicht will, doch wenigstens an Taubstummenanstalten Ohrenärzte dauernd angestellt würden. Während bei Blindenanstalten schon längst die ärztliche constante Hilfe in Anspruch genommen worden ist, obgleich bekanntlich dabei der Erfolg kein all zu grosser sein kann, hat man sich bei den Taubstummenanstalten bis jetzt stets ablehnend verhalten, ja, bis vor einem Jahre war die Regierung sogar auf dem Standpunkte, dass sie der Kurpfuscherei von Seiten der Taubstummenlehrer dadurch direct Vorschub leistete, dass sie bei der Vorsteherprüfung von den seminaristisch gebildeten Lehrern Kenntnisse in der Ohren-Heilkunde verlangte und diese Prüfung ebenfalls durch einen seminaristisch gebildeten Examinator ausführen liess! Es ist Thatsache, dass die meisten der medicinischen Fachausdrücke weder von dem Examinator noch von dem Examinanden verstanden wurden. Nun ist allerdings diese seltsame Bestimmung seit einem Jahre gefallen, dagegen ist die Schlussfolgerung, dass nun Ohrenärzte an den

Taubstummenanstalten angestellt werden müssten, noch nicht gezogen worden.

Der oben citirte Satz von Albert Gutzmann ist gleichzeitig von vielen Beobachtern der taubstummen Kinder als richtig anerkannt worden, und diese Thatsache wurde deshalb auch die Ursache dazu, dass in Deutschland zuerst von Dr. Flatau und mir ein Kindergarten für taubstumme Kinder ins Leben gerufen wurde. Dieser Kindergarten besteht noch jetzt in Berlin und wird fleissig besucht, die Erfolge auf die körperliche Erziehung der dort behandelten Kinder sind vortreffliche zu nennen.

Ebenso wie in Deutschland sind seit Anfang dieses Jahrhunderts in allen civilisirten Ländern Taubstummenanstalten erwachsen, besonders haben die Vereinigten Staaten auf diesem Gebiete mit einer geradezu beispiellosen Energie und Schnelligkeit Taubstummenanstalten ins Leben gerufen. Aus dem Jahre 1893 liegt bereits ein grosses dreibändiges Werk über die Geschichte der amerikanischen Taubstummenanstalten vor mir.

Zum Schluss möchte ich diejenigen Punkte noch ganz kurz hervorheben, die mir in dem Taubstummenbildungswesen einer Verbesserung resp. Veränderung zu bedürfen scheinen.

1. Es sollten an sämmtlichen Taubstummenanstalten regelrechte ärztliche Untersuchungen vorgenommen werden.

2. Die Fertigkeit im Ablesen der Worte von den Gesichtern der Sprechenden sollte in den höheren Classen der Taubstummenanstalten als besonderer Unterrichtsgegenstand gepflegt werden.

3. Die körperliche Erziehung der Taubstummen mittelst des Turnens und der Bewegungsspiele sollte bei diesen Schulen noch mehr in den Vordergrund gestellt werden als bei den Schulen für vollsinnige Kinder.

### b) Fürsorge für sprachlichgebrechliche Kinder.

Die grossen Zählungen der stotternden und stammelnden Kinder in den deutschen Volksschulen wurden seit dem Jahre 1885 in vielen Städten durchgeführt und ergaben im Durchschnitt, dass ca. 1 pCt. der Kinder der Volksschulen stotterten. Für ganz Deutschland ergiebt dies eine Zahl von 80000 stotternden Volksschulkindern. Da das Uebel wohl geeignet ist, im späteren Leben schwere sociale Schädigungen des Betroffenen hervorzurufen, so entschloss man sich allmählig zu allgemeinen behördlichen Maassnahmen dagegen.

Die öffentlichen Maassnahmen, welche in Preussen gegen die Sprachstörungen unter der Schuljugend getroffen wurden, begannen mit der Entschliessung der Potsdamer Schuldeputation im Sommer 1886 einen Versuchscursus mit sechs Knaben und sechs Mädchen, deren Zustand am schlimmsten befunden worden war, einzurichten. Der Potsdamer Lehrer wurde in Berlin von Albert Gutzmann 1885 ausgebildet und übernahm diesen Cursus sowohl wie den im Sommer 1887

eingerichteten Cursus mit sieben Knaben und sieben Mädchen. Seit dieser Zeit wurden mehrere Curse abgehalten, und im Jahre 1888 wurde von dem damaligen Cultusminister, Dr. v. Gossler, von der Königlichen Regierung zu Potsdam Bericht darüber eingefordert. Dieser damals von der Königlichen Regierung zu Potsdam gegebene Bericht findet sich in dem Centralblatt für die gesammte Unterrichtsverwaltung in Preussen im November-Decemberheft 1888 abgedruckt und lautete so günstig, dass er der Grundstein für die weitere Entwickelung der öffentlichen Maassnahmen gegen das Stottern in Preussen und später in Deutschland geworden ist.

Dank der Anregung von Seiten des verdienstvollen Ministers v. Gossler wurden die Maassnahmen gegen die Sprachgebrechen unter der Schuljugend allgemein. Ueberall wurden Zählungen über die stotternden Schulkinder angestellt, deren Resultate wir ja bereits kennen gelernt haben. Von sehr vielen Behörden wurden dann Lehrer nach Berlin zur Ausbildung geschickt und dieselben von Albert Gutzmann und mir in der Behandlung von stotternden Kindern unterwiesen. In diesen Lehrcursen, die bis auf den heutigen Tag abgehalten werden, sind weit über 300 Lehrer und sehr viele Aerzte mit der Behandlung von Sprachgebrechen vertraut gemacht worden, und aus der Unterweisung der Lehrer haben sich dann Schülercurse in den Heimathsorten der Betreffenden entwickelt. In der Monatsschrift für Sprachheilkunde, die seit Januar 1891 erscheint und von dem Verfasser redigirt wird, sind zahlreiche Berichte über Curse, die mit den Volksschulkindern abgehalten wurden, veröffentlicht, und in meiner letzten zusammenfassenden Arbeit in einem Vortrage vor der deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege zu Berlin, habe ich die uns von Seiten der Behörden zugegangenen Resultate dieser Curse veröffentlicht. Ich lasse die Anführung dieser in der Monatsschrift niedergelegten Zahlen hier kurz folgen, bemerke dabei aber ausdrücklich, dass in fast allen Städten continuirlich Curse gehalten werden, so dass die Zahlen der behandelten geheilten, gebesserten Kinder natürlich bei Weitem die hier gegebenen Zahlen übersteigt. Was in der Tabelle aufgeführt wird, ist stets nur der an uns selbst erstattete Bericht, und da die Berichte in jedem Jahr sich gleichmässig wiederholen, so lässt sich aus dem hier Gegebenen auch ein Gesammtschluss auf das sonst Erreichte ziehen.

| Städte | Datum des Cursus | Anzahl der Stotterer | Geheilt | Gebessert | Nicht geheilt |
|---|---|---|---|---|---|
| Potsdam . . . . | 1886 | 12 | 9 | 2 | 1 |
| „ . . . . | 1887 | 12 | 11 | — | 1 |
| Elberfeld . . . . | 1888 | 18 | 17 | — | 1 |
| | | 42 | 37 | 2 | 3 |

| Städte | Datum des Cursus | Anzahl der Stotterer | Geheilt | Gebessert | Nicht gebessert |
|---|---|---|---|---|---|
| | Transport | 42 | 73 | 2 | 3 |
| Spandau . . . . | 1890 Juni | 7 | 7 | — | — |
| „ . . . . | 1890 Septbr. | 20 | 20 | — | — |
| Bonn . . . . . | 1891 August | 14 | 13 | — | 1 |
| „ . . . . . | 1890 März | 15 | 14 | — | 1 |
| Stettin . . . . . | 1891 März | 22 | 19 | 2 | 1 |
| Posen . . . . . | 1890 Septbr. | 12 | 12 | — | — |
| Solingen . . . . | 1891 März | 9 | 9 | — | — |
| Altenessen . . . . | 1891 März | 9 | 7 | 1 | 1 |
| Glatz . . . . . | 1891 Februar | 12 | 7 | 4 | 1 |
| Neunkirchen . . . | 1891 Mai | 7 | 6 | — | 1 |
| Lehe . . . . . | 1891 August | 10 | 9 | 1 | — |
| Colberg . . . . | 1891 Novbr. | 10 | 9 | — | 1 |
| Wetzlar . . . . | 1891 Septbr. | 6 | 6 | — | — |
| Hannover . . . . | 1891 März | 11 | 11 | — | — |
| Quedlinburg . . . | 1891 Septbr. | 9 | 7 | — | 2 |
| Stargard . . . . | 1891 Juli | 10 | 10 | — | — |
| Schwelm . . . . | 1889 März | 7 | 4 | 3 | — |
| „ . . . . | 1890 Mai | 12 | ? | ? | ? |
| „ . . . . | 1891 Mai | 13 | ? | ? | ? |
| Wattenscheid . . . | 1891 Februar | 10 | 10 | — | — |
| „ . . . | 1890 August | 12 | 12 | — | — |
| Altendorf . . . . | 1890 October | 20 | 14 | ? | ? |
| Paderborn . . . . | 1891 Februar | 8 | 6 | 2 | — |
| Meiderich . . . . | 1890 März | 12 | 12 | — | — |
| „ . . . . | 1890 August | 10 | 9 | — | — |
| Cassel . . . . . | 1890 | 13 | 10 | ? | ? |
| Ratibor . . . . | 1890 | 19 | 18 | — | 1 |
| Schleswig . . . . | 1891 October | 12 | 9 | 3 | — |
| Charlottenburg . . | 1892 April | 11 | 11 | — | — |
| Spandau . . . . | 1892 Februar | 9 | 7 | 2 | — |
| Königshütte . . . | 1892 Februar | 8 | 8 | — | — |
| Bromberg . . . . | 1892 Februar | 10 | 8 | 2 | — |
| Burg . . . . . | 1891 März | 9 | 8 | — | 1 |
| „ . . . . . | 1891 Septbr. | 11 | 8 | 3 | — |
| Cassel . . . . . | 1892 Juni | 22 | 16 | 4 | 2 |
| Halberstadt . . . | 1892 April | 10 | 10 | | — |
| Bonn . . . . . | 1892 März | 14 | 12 | 2 | — |
| Lehe . . . . . | 1892 April | 10 | 8 | 2 | — |
| Arad (Ungarn) . . | 1892 Juli | 11 | 7 | 4 | — |
| Magdeburg . . . | 5 Curse bis zum 1892 Septbr. | 56 | 36 | 20 | — |
| Colberg . . . . | 1892 April | 11 | 10 | — | 1 |
| | | 565 | 456 | 57 | 17 |

| Städte | Datum des Cursus | Anzahl der Stotterer | Geheilt | Gebessert | Nicht geheilt |
|---|---|---|---|---|---|
| | Transport | 565 | 456 | 57 | 17 |
| Duisburg . . . . | 1892 | 23 | 21 | 2 | — |
| Hannover . . . . | 1892 Decbr. | 11 | 11 | — | — |
| „ . . . . | 1893 April | 12 | 10 | 2 | — |
| Halberstadt . . . | 1893 Februar | 17 | 10 | 5 | 2 |
| „ . . . | 1893 Februar | 7 | 7 | — | — |
| Spandau . . . . | 1893 März | 9 | 9 | — | — |
| Kiel . . . . . | die 10 Curse bis 1895 | 106 | 74 | 20 | 12 |
| Charlottenburg . . | 1893 Septbr. | 11 | 11 | — | — |
| Gotha . . . . . | Curse bis 1895 | 52 | ? | ? | ? |
| Breslau . . . . | 1894 | 13 | 13 | — | — |
| Hamburg . . . . | bis 1893 | 205 | 118 | 85 | 2 |
| „ . . . . | 1894 | 160 | 92 | 66 | 2 |
| „ . . . . | 1895 | 177 | 106 | 68 | 3 |
| Hannov. Münden . . | 1891—94 | 22 | ? | ? | 1 |
| | | 1390 | — | — | — |
| Davon ist keine genauere Auskunft gegeben über . . . . . | | 99 | — | — | — |
| | | 1291 | 938 | 305 | 39 |
| Es fehlt Auskunft ob gebessert oder nicht geheilt über . . . . | | — | — | — | 9 |
| | | 1291 | 938 | 305 | 48 |

Wie man aus dieser Tabelle ersieht, ist die Anzahl der stotternden Schulkinder, die in solchen Cursen behandelt worden sind und über die an uns speciell berichtet wurde, 1390. Wir finden, dass 72,7 pCt. geheilt, 23,6 pCt. gebessert und 3,7 pCt. nicht geheilt wurden. Da das Stottern ein Uebel ist, das leicht Rückfälle zeitigt, so ist es auch nöthig darauf hinzuweisen, wie vorzüglich dauerhaft die gewonnenen Resultate bei gewissenhafter Einübung und Ueberwachung sein können. Einen Beweis dafür hat Mielecke in Spandau geliefert. Herr Mielecke leitet die Schulcurse in Spandau nach der Gutzmann'schen Methode seit dem Jahre 1890. Von 1890 bis 1894 wurden acht Curse abgehalten; darin waren 64 Kinder, von denen 52 geheilt wurden, 8 gebessert, während 2 ohne Besserung blieben, 2 kamen überhaupt nur zu einigen Stunden und blieben dann aus dem Curse fort. Von den 64 waren 40 Kinder im März 1891 noch in der Schule. Mielecke lässt nun von Zeit zu Zeit alle ehemaligen Stotterer wieder antreten, um sich von der Dauer der guten Sprache zu überzeugen. Bei der letzten Zusammenkunft erschienen von den zu jener Zeit noch in der Schule vorhandenen 34 Knaben

32. Die Prüfung der Kinder in Bezug auf ihre Sprache geschah öffentlich, und zwar in Gegenwart der städtischen Behörden in Spandau. Es zeigte sich, dass nur bei 2 Kindern Andeutungen des früheren Uebels hervortraten. Es war also die in den Cursen erreichte Sprachsicherheit dauernd eine gute geblieben, sicherlich sowohl für die in Anwendung gebrachte Methode wie für die pädagogische Leistungsfähigkeit des Cursusleiters ein beredtes Zeugniss. In der Schweiz sind von Laubi in Zürich ähnliche Curse ins Leben gerufen worden, in Italien durch Biaggi, in Warschau durch Dr. Oltuszewski, in Dänemark durch Dr. Haderup und Dr. Mygind, in Nordamerika durch Dr. Hartwell u. s. w. und so hat die in Rede stehende Methode von Deutschland aus eine weite Verbreitung, besonders in Bezug auf die öffentlichen Curse für stotternde Schulkinder erhalten. Die Resultate entsprechen fast durchweg den hier mitgetheilten. Wo dies nicht der Fall ist, dürfte nach dem hier Auseinandergesetzten wohl die Schuld nicht an der Methode, sondern an dem betreffenden Cursusleiter liegen.

Dringend nothwendig aber ist es, dass die Aerzte sich an diesen Bestrebungen mehr betheiligen, als dies bis jetzt der Fall gewesen ist. Bei einer grossen Anzahl von sprachgebrechlichen Kindern genügt die Behandlung auf dem rein didaktischen Wege nicht, sondern es muss die ärztliche Kunst zu Rathe gezogen werden. An einigen Stellen z. B. in Breslau ist dies auch gleich von vornherein geschehen. Erst wenn in der Fürsorge für die sprachgebrechlichen Kinder Aerzte und Lehrer Hand in Hand arbeiten, wird eine wirklich gedeihliche und erfolgreiche Thätigkeit vorhanden sein.

---

# 11. Sonderkrankenanstalten und Fürsorge für Krüppel.

Von

Dr. **Rosenfeld** in Nürnberg.

Unter Krüppeln versteht man Menschen, welche durch angeborenen Defect, Missbildung, durch Verlust, Verkrümmung oder Lähmung einzelner Körpertheile in der Gebrauchsfähigkeit und Beweglichkeit ihrer Gliedmaassen beeinträchtigt sind und sich deshalb nicht bewegen, nicht leben und arbeiten können wie normale Menschen. Es gehören in den Bereich der Krüppel einerseits alle an Folgezuständen von Knochen- und Nervenerkrankungen, Contracturen und Ankylosen nach Knochentuberculose, Caries, Rhachitis, Poliomyelitis und anderen Erkrankungen des Nervensystems Leidenden; ferner diejenigen, welche durch äussere Schädlichkeiten und Unfälle, wie schlechtgeheilte Fracturen und Luxationen, Maschinenverletzungen mit grossen Körperdefecten in einem Zustande gänzlicher oder theilweiser Hilflosigkeit sich befinden; schliesslich die grosse Menge derer, welchen von Geburt Finger, Hände, Arme und Beine fehlen, wie man sie im täglichen Leben nicht allzu selten sieht.

Die Zahl der Krüppel ist keine geringe. Bedauerlicher Weise fehlen umfangreiche Statistiken. Ein ungefähres Bild giebt die Thatsache, dass es in der Provinz Brandenburg inclusive Berlin bei 4 Millionen Einwohnern 1700 Krüppel giebt, darunter 615 Kinder; sowie die Angabe, dass in Finnland die Zahl der Krüppel im Jahre 1889 bei einer Einwohnerzahl von $2^1/_2$ Millionen auf 8000 geschätzt wurde. Temminx schätzt, indem er sich auf die in einem kleinen Bezirk von ihm vorgenommene Zählung stützt, die Zahl der in Deutschland lebenden Krüppel auf 500 000, d. h. 1 pCt. der Gesammtbevölkerung. Nimmt man nun an, dass von diesen 500 000 Krüppeln weitaus der grösste Theil erwerbsfähig oder reich ist, und das nur etwa 5 pCt., das sind 25 000, vermögenslos und arm sind, so bedeutet dies, den Arbeitswerth pro Kopf und Jahr auf 1000 Mark angenommen, einen Verlust an Nationalvermögen von 25 Millionen Mark. Dazu kommen noch die Unterhaltungskosten derselben Krüppel, auf 500 Mark pro Kopf und Jahr angenommen, gleich 12 Millionen Mark, welche von den Besitzenden in Form von Armenunterstützungen aufgebracht werden müssen!

Die Lebensbedingungen sind für die Krüppel schwer: Der Krüppel und namentlich das verkrüppelte Kind bedarf, sei es, dass die Fähigkeit der Fortbewegung gehindert, oder dass die Freiheit der Arme beeinträchtigt ist, unausgesetzter Hilfeleistung und Unterstützung. Handelt es sich um krüppelhafte Kinder aus den niederen und unbemittelten Ständen, so sind die Familien kaum im Stande, die Unglücklichen zu ernähren, geschweige denn ihnen die Unterstützung zu Theil werden zu lassen, welche sie nöthig haben, sollen sie nicht vollständig verkümmern. Dann kommt die Schulzeit: nicht viele verkrüppelte Kinder werden in der Lage sein, den Unterricht in der Familie geniessen zu können. In der Schule kann von einer Hilfeleistung durch die lebenslustigen gesunden Kinder keine Rede sein, eher wird das Kind durch den Unverstand und den Spott seiner Mitschüler zu einer frühzeitigen Erbitterung gebracht. Noch mehr treten Schwierigkeiten in den Weg, wenn die Schulzeit beendet ist, und das verkrüppelte Kind einen Beruf erlernen soll, um sich seinen Lebensunterhalt zu verdienen. Es wird sich nur wenig Gelegenheit dazu finden: Handwerker, Geschäfte und Fabriken können nur vollkräftige Menschen mit gesunden Gliedern gebrauchen und an gesunden Arbeitskräften fehlt es nicht. —

Trotz der grossen Hülfebedürftigkeit ist die Fürsorge für Krüppel selbst noch bis in die neueste Zeit hinein eine mangelhafte gewesen. Es erhielten wohl die Eltern oder die Krüppel selbst Unterstützungen von Seite der staatlichen Armenpflege oder durch private Wohlthätigkeit durch Zuweisung von Geld, Lebensmitteln und dergleichen, durch Beschaffung künstlicher Gliedmaassen, aber doch nur im Rahmen der allgemeinen Fürsorge für Arme. Es übernahmen wohl auch Aerzte und Polikliniken die Sorge für Besserung und Heilung der Leiden und Gebrechen, aber auch nur im Bereich der allgemeinen Hilfe. Diese reicht jedoch den Krüppeln gegenüber nicht aus. Sie sind specieller Einrichtungen ebenso bedürftig, wie die Gemüthskranken, Tauben, Epileptischen, Idioten und Blinden, welche seit langer Zeit eine allgemeine und durchgreifende Fürsorge allenthalben geniessen.

Zuerst erkannt und gewürdigt wurde die Nothwendigkeit einer besonderen Fürsorge für Krüppel um die Mitte unseres Jahrhunderts von geistlichen Körperschaften. Sie nahmen zunächst den Gedanken der Versorgung der Krüppel auf, sie brachten die Unglücklichen in geschlossene Anstalten und gewährten den Unterhalt. Eine specielle Fürsorge in Rücksicht auf die Verkrüppelung fand aber in diesen ersten Instituten nicht statt.

So nahm zuerst im Jahre 1845 in Frankreich die sehr mannichfaches Elend umfassende Liebesanstalt des Pfarrers Jean Bost in Laforce (Dorlogne) Krüppel auf. Es folgte weiter in diesem Lande die Anstalt der barmherzigen Schwestern des heiligen Vincenz in Paris mit Raum für 500 Mädchen im Jahre 1853; dazu kamen im Jahre 1858 die barmherzigen Brüder des heiligen Johann von Gott mit einer Anstalt für 200 Knaben.

Im Jahre 1864 wurde in der Schweiz in Zürich mit der neuen „St. Annakapelle“ und in derselben von dem 1875 verstorbenen Fräulein Mathilde Escher ein Asyl gegründet für 12 gebrechliche Mädchen in schulpflichtigem Alter, welche vollsinnig sind, aber körperlich schwächlich oder gebrechlich und nicht im Stande die Volksschule zu besuchen. Ausgeschlossen sind von der noch bestehenden Anstalt blödsinnige, fallsüchtige oder der Spitalpflege bedürftige Kinder. Die Zahl der Pfleglinge ist in den 34 Jahren des Bestehens des Institutes im Ganzen gleich geblieben, da Raum und Verhältnisse keine Erweiterung gestatten. Im Ganzen sind von 1874—1898 80 Pfleglinge aufgenommen worden. Die Anstalt wird unterhalten durch die Mathilde Escherstiftung, jedoch ist ein nach den Vermögensverhältnissen sich bemessender Beitrag zu entrichten; für notorisch Arme beträgt dieses Kostgeld jährlich 100 Fr. Die Anstalt reicht dem Kinde Wohnung, Kost, Bett und Kleidung, sorgt für Unterricht, ärztliche und specialärztliche Hilfe und gewährt den normal Begabten den Lehrplan der staatlichen Volksschule, sowie Anleitung in weiblichen Handarbeiten, Küche und Haus. Die Entlassung findet mit der Confirmation statt, für eine weitere Fürsorge fehlt die Organisation.

Ausser dieser Anstalt besitzt die Schweiz noch zwei ähnlich eingerichtete, „auf dem Bühl in Wädensweil“ und in Regensberg (Canton Zürich). In einer vierten Anstalt, welche von dem Vereine der Association Maternelle unter der Präsidentschaft von Madame von Tavel in Muri bei Bern für vernachlässigte und körperlich zurückgebliebene Mädchen geleitet wird, ist Verkrüppelung kein Hinderniss für die Aufnahme, jedoch nicht die Regel. Im Jahre 1881 bis 1883 waren unter 116 verpflegten Mädchen 17 Krüppel, zur Zeit sind keine Krüppel dort untergebracht.

Im Jahre 1872 begann eine edelgesinnte Dame, Frau Ebba von Ramsay, auf ihrer Besitzung Wilhelmsro bei Jönköping in Schweden, unglückliche Kinder aller Art, darunter auch viele Verkrüppelte, bei sich aufzunehmen, welche sie sich in ebenfalls von ihr gegründeten Sonntagsschulen aussucht. Sie hat nach ihrem eigenen Bericht in den letzten 10 Jahren etwa 100 Kinder erzogen, 60 Mädchen und 40 Knaben. Sie giebt den Kindern Unterricht in den Elementarfächern der Volksschule und in „Sloyd“, d. h. Handfertigkeitsunterricht. Die verkrüppelten Mädchen klöppeln Spitzen, weben, sticken und nähen, die Knaben lernen ein Handwerk oder wenn möglich Musik. Die ganze Einrichtung hat einen persönlichen Charakter, sie beschäftigt sich mit Unglücklichen aller Art, wird von Frau Ramsay geleitet und unterhalten und trägt den Stempel einer allgemeinen Versorgungsanstalt, welche der Hochherzigkeit einer Privatperson ihren Ursprung und ihre Existenz verdankt.

In Deutschland nimmt eine ähnliche Stellung ein die 1882 ins Leben gerufene Gustav Werner-Stiftung zum Bruderhaus in Reutlingen. Sie verfolgt den allgemeinen Zweck, verwahrloste oder der Verwahrlosung entgegengehende Kinder und junge Leute, sowie allein-

stehende, gebrechliche oder geistesschwache Personen zu versorgen, zu beschäftigen und zu erziehen und nimmt unter gewissen Bedingungen auch Krüppelhafte auf, wenn nämlich neben den für den allgemeinen Zweck Aufgenommenen noch weiterer verfügbarer Raum vorhanden ist und unter der Voraussetzung, dass die aufzunehmenden Krüppel im Allgemeinen arbeitsfähig sind (?).

Des weiteren beschäftigen sich in Württemberg seit 1885 Stuttgarter Schwestern in der „Samariterherberge zu Schloss Stammheim" mit der Versorgung weiblicher Krüppel.

Seit 1. Mai 1886 hat das unter der trefflichen Leitung von Pastor Hoppe stehende Oberlinhaus zu Nowawes bei Potsdam, eine Diakonissenanstalt, welche dem Oberlinverein in Berlin gehört und vom Krüppelpflegeverein für Berlin und Provinz Brandenburg unterstützt wird, die Fürsorge für Verkrüppelte, namentlich für verkrüppelte Kinder mit in seinen Arbeitskreis aufgenommen.

Es wurden damals von Berliner Gemeindeschwestern der Nowaweser Diakonissen in der Pflege einige Krüppelkinder aufgefunden, die körperlich und geistig auf das gröblichste vernachlässigt waren. Der Magistrat von Berlin nahm sich schliesslich der Sache an und brachte die Kinder in Nowawes unter. Zu den zwei Berliner Kindern kamen alsbald solche aus anderen Gemeinden, sodass bereits 1888 12 Krüppelkinder beisammen waren. Die Zahl der Aufnahmebedürftigen wuchs nach dem Bekanntwerden rasch, so dass trotz aller Beschränkung der Aufnahme ein stetiges Wachsthum zu verzeichnen war.

Es wurden in Nowawes an Krüppelkindern verpflegt:

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Im | Jahre | 1886 | 1 | Knabe | 1 | Mädchen | im Ganzen | 2 |
| „ | „ | 1887 | 2 | „ | 3 | „ | „ „ | 5 |
| „ | „ | 1888 | 6 | „ | 6 | „ | „ „ | 12 |
| „ | „ | 1889 | 7 | „ | 9 | „ | „ „ | 16 |
| „ | „ | 1890 | 11 | „ | 12 | „ | „ „ | 23 |
| „ | „ | 1891 | 17 | „ | 15 | „ | „ „ | 32 |
| „ | „ | 1892 | 19 | „ | 16 | „ | „ „ | 35 |
| „ | „ | 1893 | 28 | „ | 20 | „ | „ „ | 48 |
| „ | „ | 1894 | 33 | „ | 27 | „ | „ „ | 60 |
| „ | „ | 1895 | 42 | „ | 33 | „ | „ „ | 75 |
| „ | „ | 1896 | 49 | „ | 43 | „ | „ „ | 92 |
| „ | „ | 1897 | 49 | „ | 51 | „ | „ „ | 100 |

Zur Zeit — 1898 — können 120 Kinder aufgenommen werden. 4 Freiplätze sind vorhanden.

Die Pfleglinge stehen unter fortwährender ärztlicher Behandlung durch orthopädische Apparate, Massage, Elektrisiren etc. Aufgenommen kann Jeder werden, sofern er in die Anstalt gehört und Pflegegelder von irgend einer Seite übernommen werden. Meldungen zur Aufnahme fanden seit 1886 in 12 Jahren 327 statt. — Die Pfleglinge verbleiben, bis durch die Behörden oder Privatpersonen, welche die Krüppel untergebracht haben, Entlassung verfügt wird.

In den Jahren 1893 und 1894 baute Nowawes ein eigenes Heim für die Krüppel und erhielt mit diesem Neubau eine Einrichtung, durch welche es aus der Reihe der Versorgungsanstalten heraustrat und ein Krüppel-Erziehungs- und Lehrinstitut wurde. Es trat damit in eine Categorie von Anstalten, die sich in der Zwischenzeit anderwärts entwickelt hatten und sich von den bisher geschilderten Versorgungsanstalten für Verkrüppelte ganz bedeutend unterscheiden. —

Unabhängig von allen anderen Einrichtungen hatte sich in Bayern schon im Jahre 1832 eine Anstalt entwickelt, welche frühzeitig, zu einer Zeit, wo sonst noch Niemand daran dachte, erkannt hatte, dass den Krüppeln nicht mit einer Versorgung gedient ist, sondern dass es sich für diese Unglücklichen in erster Linie darum handelt, durch speciellen, eigens den Verkrüppelungsformen angepassten technischen Unterricht dahin gebracht zu werden, dass sie selbst in der Lage sind, zu verdienen und so ihre sociale Lage zu verbessern, unabhängig von dem guten Willen und der Wohlthätigkeit Privater, wie unter Verzichtleistung auf die Almosen der staatlichen Armenpflege.

Es ist ein weiteres Verdienst Bayerns, alsbald erkannt zu haben, dass die Fürsorge für die Verkrüppelten nicht in den Händen edeldenkender Privatpersonen oder geistlicher Körperschaften bleiben darf, sondern staatlich organisirt und finanzirt sein muss, um für die Allgemeinheit gute Früchte zu tragen.

Ins Leben gerufen wurde das bayerische Institut, welches jetzt den Namen „Königlich Bayerische Centralanstalt für Erziehung und Bildung krüppelhafter Kinder“ trägt, im Jahre 1832 in München von einem Privatmanne, dem Königl. quiescirten Conservator Johann Nepomuk Edler von Kurz als eine Erziehungs-, Unterrichts- und Beschäftigungsanstalt für krüppelhafte Knaben. Der Zweck war, Krüppeln, welche infolge ihrer Leiden die öffentliche Schule nicht besuchen konnten, einen ihren Fähigkeiten entsprechenden Unterricht zu verschaffen. Zugleich sollten die Kinder zur Erlernung einer bei ihrem Leiden möglichen Arbeit angehalten werden, damit sie späterhin ihr Brod, wenigstens zum Theil, selbst verdienen könnten.

Die Gegenstände, deren Anfertigung methodisch gelehrt wurde, waren solche, welche nach den damaligen Zunftgesetzen freigegeben waren, daher nicht zunftmässig gefertigt wurden, als: Anfertigung verschiedener Muster zum Ausnähen und Sticken, das Illuminiren von Bilderbogen, die Verfertigung verschiedener geometrischer Körper, von Malerpatronen, Modellen von Gebäuden, Möbeln und Geräthschaften, Cartonnage-, Papiermaché-, Massearbeiten, bunten Papieren, wasserdichten Gegenständen, kleinen physikalischen und öconomischen Apparaten, Kinderspielwaaren etc.

Ein Jahr nach der Einrichtung wurde diese praktisch-technische Bildungsanstalt durch die Regierung als eine specielle Handwerkerschule für krüppelhafte Kinder aus allen Theilen Bayerns erklärt und damit staatlich anerkannt.

Zwölf Jahre lang war die Anstalt in Privathänden. Ein Besuch

König Ludwigs I. von Bayern im Jahre 1838 hatte zur Folge, dass das Privatinstitut in eine öffentliche Anstalt umgewandelt wurde mit einer entsprechenden staatlichen Dotation, unter anderem mit 12000 fl. aus der französischen Kriegsentschädigung. Am 25. Mai 1844 erfolgte die Eröffnung der staatlichen Anstalt mit 10 Zöglingen. Im Jahre 1856 erhielt die Anstalt ein eigenes Heim, welches Raum bot für 36 Zöglinge, obwohl in Wirklichkeit aus Mangel an Freiplätzen nur 16 aufgenommen werden konnten,

Die Zahl der Zöglinge nahm unter fortgesetzter finanzieller Unterstützung von Seite des Staates — die Zöglinge waren und sind alle vollkommen kostenfrei untergebracht — stetig zu, so dass im Jahre 1876 33 Freiplätze zu besetzen waren.

Bereits 1868 hatte König Ludwig II. zur Erbauung eines neuen grösseren Heims ein Grundkapital und 1873 einen umfangreichen Baugrund zu diesem Zwecke geschenkt. Im Jahre 1877 konnte das neue Heim in der Klenzestrasse eröffnet werden. Gleichzeitig stieg die Zahl der Freistellen: 1877 wurden sie auf 65, 1882 auf 72 und 1896 auf 77 vermehrt.

Einen weiteren Fortschritt machte die Anstalt im Jahre 1893, indem die bayerische Regierung einen „Erweiterungsfonds“ schuf zur Errichtung einer Beschäftigungsanstalt für besonders krüppelhafte Kinder und zur Unterstützung der entlassenen Zöglinge. Diese letztere besteht 1. in regelmässigen und ausserordentlichen Geldunterstützungen, 2. in Abnahme und sofortiger Ausbezahlung eingesandter Arbeiten und 3. in Abgabe von Arbeitsmaterial und Beschaffung von Werkzeugen.

Die Anstalt selbst, ein stattlicher Bau, ist modern eingerichtet, mit hohen licht- und luftreichen Räumen, breiten Corridoren, guter Ventilation: nirgends ein Mangel an Raum oder sonstigem Comfort.

Das Institut enthält Souterrain, Hochparterre und zwei Stockwerke in gedoppeltem Flügelbau. Das Souterrain enthält die Küche, die Wasch- und Baderäumlichkeiten; im Hochparterre befindet sich die Wohnung des Hausmeisters, die Schreinerei und Schneiderei und der grosse geräumige Turnsaal. Der erste Stock beherbergt die Knabenabtheilung und die Bureauräume, der zweite in genau entsprechenden Räumen die Mädchenabtheilung und die Privatwohnung des Inspectors. Hinter dem Hause befindet sich ein sehr grosser Hof mit gärtnerischen Anlagen, Turngeräthen und einer langen gedeckten Wandelbahn, um auch bei schlechtem Wetter den Zöglingen den Aufenthalt im Freien zu ermöglichen.

Die einzelnen Abtheilungen für Knaben und Mädchen bestehen in analogen Räumen aus je einem grossen Schlafsaal für 42 Betten, je einem Krankenzimmer für 9 Betten und einem Garderoberaum. Auf den Corridoren vor dem Schlafsaal sind die Waschtoiletten, eine lange Reihe von Kippbecken mit laufendem Wasser. Daran schliessen sich an je ein gemeinschaftlicher Esssaal, je ein Lehrsaal für den Elementarunterricht und je zwei Säle für die technischen Fächer.

Wie die Räume, so ist auch die Tagesordnung bei Knaben und Mädchen gleich. Im Sommer $^1/_2$6 Uhr, im Winter $^1/_2$7 Uhr Aufstehen, Waschen und Ankleiden; $^3/_4$7—$^1/_4$8 Uhr Lernzeit, dann Frühstück; 8—12 Uhr Elementar- und technischer Unterricht, unterbrochen von einer halbstündigen Frühstückspause, welche unter allen Umständen im Freien, im Hofe oder bei schlechtem Wetter in der Wandelbahn zugebracht wird; 12—2 Uhr Mittagessen und Aufenthalt im Freien; 2—4 Uhr Elementar- und technischer Unterricht, dann $^1/_2$ Stunde Esspause; $^1/_2$5—$^1/_2$6 Uhr Turnen; $^1/_2$6—$^1/_4$7 Uhr Lernzeit; $^1/_4$7 Uhr Abendessen, dann im Hause oder im Freien Spiele oder Lectüre. An Sonntagen Gottesdienst; $^3/_4$9 Uhr Lernzeit; $^3/_4$10 Uhr Frühstückspause; 10 Uhr Zeichnen; 11 Uhr Mädchenspaziergang; 12 Uhr Mittagessen; 2 Uhr Lernzeit; 3 Uhr Knabenspaziergang; von 4 Uhr an frei.

Es berührt wohlthuend, dass bei der Tageseintheilung grosses Gewicht auf ausgiebige Bewegung im Freien, täglich $2^1/_2$—3 Stunden, gelegt ist; eine Zeit, welche durch Spiele und dergleichen ausgefüllt wird. Ausserdem wirkt segensreich für die armen Krüppel, dass stündlich ein Wechsel zwischen Elementar- und technischem Unterricht erfolgt, sowohl Vor- wie Nachmittags.

Die Anstalt bietet ihren Zöglingen den Unterricht der Volksschule, legt aber das Hauptaugenmerk auf die technische Ausbildung für den zukünftigen Beruf. Naturgemäss kann diese technische Ausbildung nicht für alle Knaben die gleiche sein; es bestehen deshalb vier verschiedene technische Abtheilungen: eine Schreiberabtheilung, eine für Buchbinderei und Portefeuillearbeiten, eine Schreinerei und seit 1897 auch eine Schneiderabtheilung.

Die Wahl der Abtheilung und somit des künftigen Berufes wird im Allgemeinen den einzelnen Zöglingen anheim gegeben, selbstverständlich unter sachverständiger Rücksichtnahme auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit des einzelnen Krüppels. Die Einarmigen, sowohl die Rechts- wie die Links-Einarmigen, werden fasst ausnahmslos der Schreiberabtheilung zugetheilt, welche sich überhaupt schon wegen der späteren günstigen socialen Stellung des regsten Zuspruchs erfreut. Sehr viele widmen sich auch der späterhin meist einträglichen Schneiderei. Am wenigsten beliebt ist die Schreinerabtheilung. Alle Restirenden müssen die Buchbinderei- und Portefeuillearbeiten lernen.

Die Buchbinderabtheilung ist wieder in drei Unterabtheilungen getrennt — für Anfänger, Fortgeschrittene und Ausgelernte. Die Versetzung erfolgt nicht nach der Zeit oder nach Schuljahren, sondern ausschliesslich nach den Leistungen. In 15—20 Wochenstunden werden betrieben: Schneide- und Stechübungen, Buchbinder-, Cartonnage-, Portefeuille- und Holzarbeiten.

In der Schreiberabtheilung besteht die Ausbildung in Schönschreiben (deutsche und englische Cursivschrift, Rundschrift, Antiqua und gothische Schrift), Schnellschreiben, in Geschäftsaufsätzen, Stenographie und Gesetzeskunde. Eine Specialität der Anstalt ist die Ausbildung in Schreib-

arbeiten, wie sie im bürgerlichen Leben am häufigsten vorkommen, als Rechnungen, Quittungen, Schuldbriefe, Pfand-, Bürgschafts-, Abtretungs-, Tilgungsurkunden, Zeugnisse, Vollmachten, Testamente, standesamtliche Urkunden und anderes mehr.

Die Schneiderei wie die Schreinerei geben eine vollständige Ausbildung in allen einschlägigen Arbeiten des Faches, wie sie der Lehrling erhält.

Einheitlicher gestaltet sich der technische Unterricht bei den Mädchen; diese erlernen in drei Abtheilungen mit je 9 resp. 8 Wochenstunden: Stricken, Häkeln, Weissnähen (Bett-, Tisch- und Leibwäsche), Maschinennähen, Filetarbeiten, Platt-, Hoch- und Straminsticken von den einfachsten bis zu den elegantesten Arbeiten.

Der Elementarunterricht ist der der Volksschule. Die Leistungen der Schüler sind die gleichen wie in anderen Schulen, eher etwas besser.

Ganz besonders wird in der Münchener Anstalt für die Uebung der herabgesetzten körperlichen Fähigkeiten gesorgt durch die Pflege eines ausgiebigen und gut geleiteten Turnunterrichts. Die Zöglinge sind beim Turnen in je zwei Abtheilungen getrennt, in solche mit zwei guten Beinen und solche mit zwei guten Armen.

Die erste Gruppe, mit zwei guten Beinen, macht Freiübungen im Stehen, Gehen, Laufen, Hüpfen und Springen in Verbindung unter sich und mit den einfachsten Handbewegungen; sodann Ordnungsübungen, Reihenbildung, Reigen, Schwenkungen, Drehungen, Galopp-, Schottisch-, Wiegen- und Zwirbelbewegungen; endlich als Gerätheübungen: Hoch-, Tief- und Weitsprung über die Leine, Hantel-, Stabübungen und Ballspiele.

Die zweite Gruppe, mit zwei guten Armen, macht Freiübungen mit beiden Armen in den verschiedensten Verbindungen, sowie auch mit Hanteln und Stäben, ferner Ballübungen, Ball- und Fangspiele. Als Gerätheübungen: am Barren: Liegehang, die verschiedenen Arten des Stützes, einfache Sitze, Kehre und Wende; an den senkrechten Stangen: Hangstand, Streck- und Beugehang an einer und zwei Stangen; am Reck: Liege-, Streck- und Beugehang, Aufschwünge und Strecksitz (nur Knaben).

Nach der Entlassung werden die Pfleglinge in Stellungen untergebracht. Wo es nothwendig ist, erhalten, wie oben erwähnt, die Entlassenen auch weiterhin Unterstützung. Die meisten ernähren sich jedoch selbstständig, nur 15 pCt. der Entlassenen bedürfen später noch Hilfe durch die Anstalt.

Die Anstalt gewährt ferner neben den pädagogischen Wohlthaten den Zöglingen jegliche ärztliche, vor allem auch die nothwendige orthopädische Hilfe, welch letztere in den Händen eines Universitätsdocenten liegt. Werkthätig betheiligen sich in dieser Beziehung noch die Schwestern vom rothen Kreuz und der Samariterverein in München, letzterer namentlich durch Beschaffung orthopädischer Apparate.

In den ersten 50 Jahren des Bestehens der Anstalt (1832—1893) wurden 567 Kinder — 434 Knaben und 133 Mädchen erzogen und ausgebildet, welche sich bis auf einen verschwindend kleinen Theil später selbst ernähren konnten. Lediglich 8 pCt. der Entlassenen sind, wie exacte Nachforschung ergab, späterhin wieder der Armenpflege anheimgefallen.

Die Frequenz war weiterhin:

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| im Schuljahre | 1894/95 | 42 | Knaben | 38 | Mädchen | zusammen | 80 | Pfleglinge |
| „ „ | 1895/96 | 42 | „ | 36 | „ | „ | 78 | „ |
| „ „ | 1896/97 | 43 | „ | 36 | „ | „ | 79 | „ |

Bemerkt sei noch, dass zwar die Unterhaltung auf Kosten des Staates geschieht, doch können und dürfen auch Pfleglinge auf eigene Kosten aufgenommen werden. Die Aufnahme findet zwischen dem 11. und 14. Lebensjahr statt bei Kindern, welche sich in einem solchen Zustande der Krüppelhaftigkeit befinden, dass ihnen nach beendeter Werktagsschulpflicht der sofortige Eintritt in die Lehre bei Gewerbsleuten nicht wohl möglich ist. — Hierbei wird erfordert, dass die Aufzunehmenden nicht blödsinnig, noch mit ansteckenden oder eine chirurgische Operation erfordernden Leiden behaftet, und dass dieselben gehörig geimpft sind, ferner dass sie des Sehvermögens und Gehörs nicht entbehren.

Der Nachweis über die vorstehenden Erfordernisse hat durch die Vorlage der Geburts-, Schulentlassungs-, Impf- und Vermögens-Zeugnisse, dann des Heimathscheines und ein die geistige und körperliche Beschaffenheit erschöpfend würdigendes Zeugniss des betreffenden Gerichtsarztes zu geschehen.

Die Dauer des Aufenthaltes in der Anstalt bleibt in der Regel auf drei Jahre festgesetzt, doch kann dieselben in besonderen Fällen verlängert, oder bei einer schnelleren geistigen und leiblichen Entwicklung verringert werden.

Die Verleihung der aus Kreisfonds dotirten Freiplätze findet nur an solche krüppelhafte Kinder statt, welche dem betreffenden Regierungsbezirke durch die Heimath angehören. Für jede solche Stelle ist alljährlich ein Zuschuss von 360 Mark aus Kreisfonds zu leisten.

Für einen zahlenden Zögling sind alljährlich 360 Mark mittelst halbjähriger Vorausbezahlung an die Anstalt zu entrichten, ausserdem jährlich 36 Mark Kleidungsbeitrag und ein Schulgeld von monatlich 10 Mark, welches jedoch mit Rücksicht auf die obwaltenden Verhältnisse bis zur Hälfte ermässigt werden kann.

Lange Zeit blieb die Anstalt Bayerns vereinzelt. Im Jahre 1879 — 47 Jahre später — wurde in Württemberg durch private Wohlthätigkeit eine Anstalt gegründet, welche ähnliche Zwecke verfolgt und einen ähnlichen Entwicklungsgang genommen hat, obwohl ihr Gründer von anderen Gesichtspunkten ausging. Es ist dies die A. H. Werner'sche Kinderheilanstalt in Ludwigsburg mit ihren Zweiganstalten, dem Asyl für schwächliche und krüppelhafte Mädchen, das Maria Martha-Stift in Ludwigsburg (eröffnet 1879) und dem für ge-

brechliche Knaben ins Leben gerufenen Wilhelmsstift daselbst (eröffnet 1892).

Die Mutteranstalt wurde als allgemeine Kinderheilanstalt am 23. Juli 1841 von dem 1882 verstorbenen Medicinalrath Dr. August Hermann Werner gegründet. Die Anstalt sollte nach dem Gründungsplan eine Ergänzung der zahlreichen Kinderrettungsanstalten Württembergs sein; sie sollte ausser langwierig kranken, scrophulösen, an Geschwüren, Beinfrass und dergleichen Krankheiten leidenden Kindern, den Verkrümmten, Lahmen und Contracten Hilfe bringen. Neben der Aufgabe der Beschaffung der leiblichen Bedürfnisse und der ärztlichen Behandlung hat die Anstalt statutengemäss auch für die Erziehung und Beschäftigung der überwiesenen Kinder zu sorgen.

Um nun neben den allgemeinen Aufgaben, die dauernd krüppelhaft gewordenen Kinder unter kräftiger Pflege und tüchtiger Anleitung erwerbsfähig und zu brauchbaren Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft zu machen, wurde 1879 eine Zweiganstalt in einem eigenen Hause, aber in unmittelbarer Nähe der Kinderheilanstalt, das Maria Marthastift als Pfleg- und Beschäftigungsanstalt für gebrechliche Mädchen mit zunächst 12 Mädchen eröffnet. Die Frequenz nahm stetig zu, die Uebersicht ergiebt:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| im | Jahre | 1879 | 18 | Mädchen | im | Jahre | 1886 | 32 | Mädchen |
| „ | „ | 1880 | 23 | „ | „ | „ | 1887 | 32 | „ |
| „ | „ | 1881 | 32 | „ | „ | „ | 1888 | 31 | „ |
| „ | „ | 1882 | 28 | „ | „ | „ | 1889 | 32 | „ |
| „ | „ | 1883 | 31 | „ | „ | „ | 1890 | 33 | „ |
| „ | „ | 1884 | 29 | „ | „ | „ | 1891 | 34 | „ |
| „ | „ | 1885 | 32 | „ | „ | „ | 1896 | 36 | „ |

Die Räumlichkeiten, welche das Stift inne hat, sind im ersten Stocke des Gebäudes 1 grosses Arbeitszimmer, 1 Schulzimmer, 2 Schlafzimmer für die Pfleglinge, 2 kleinere Zimmer für die Vorsteherin; im 2. Stockwerk 1 grösseres und 6 kleinere Schlafzimmer.

Das jährliche Verpflegungsgeld für ein Mädchen beträgt 120 Mark und kann bei nachgewiesener Bedürftigkeit auf 80 Mark ermässigt werden, 3 Bezirke Württembergs verfügen über je 1 Freiplatz. -- Im ganzen können 85 Mädchen aufgenommen werden.

Zur Aufnahme gelangen Mädchen von 6—18 Jahren. Sie empfangen Schul- und Religionsunterricht und machen einen vollständigen Lehrgang in weiblichen Handarbeiten (Nähen, Sticken etc.) durch, sodass sie beim Austritt im Stande sein sollen, ihr Brot selbst zu verdienen. In ärztlicher Hinsicht werden die Mädchen von der Kinderheilanstalt versorgt. Bis zum Jahre 1891 hatten im ganzen 130 Mädchen die Wohlthat des Stiftes genossen.

Ganz analog eingerichtet ist das Wilhelmsstift. Es ist bestimmt für gebrechliche Knaben von 14—18 Jahren, welche in einem Handwerk ausgebildet werden sollen. Von der Gründung (1892) bis zum Jahre 1898 wurde lediglich die Schneiderei gelehrt. Das Lehrgeld be-

trägt einschliesslich vollständiger Verpflegung 120 Mark. Im Jahre 1896 befanden sich 21 Zöglinge im Stift.

Seit 1894 ist auch das Oberlinhaus in Nowawes in die Reihe der hierher gehörigen Anstalten getreten. Die Krüppel erhalten jetzt dort neben der Verpflegung und ausgiebiger ärztlicher Behandlung Unterricht im vollständigen Lehrplan der preussischen Volksschule. Ausserdem erlernen je nach Möglichkeit die Knaben Schneiderei, Kürschnerei, Cigarrenmachen, Teppichzeichnen bei Meistern, welche für sie ausfindig gemacht werden, oder im Hause Besen- und Bürstenbinden, Stuhlflechten und Papparbeiten. Die Mädchen werden von den Schwestern in weiblichen Handarbeiten unterrichtet.

Die Tagesordnung ist für Kinder: Vormittags 8—12 Uhr Schulunterricht mit einstündiger Pause, Nachmittags $2^1/_2$ Stunden Arbeitsstunde, Turnen und orthopädische Uebungen; für Confirmirte: Vormittags Arbeit in der Werkstatt bezw. beim Handwerksmeister mit halbstündiger Pause, dann 2 Stunden Mittagspause, Nachmittags Arbeit bis 6 Uhr.

Im November 1896 wurde von der Königin Carola von Sachsen nach dem Vorbilde der Münchener Anstalt und mit einem dortselbst ausgebildeten Lehrer ein Krüppelheim auf dem Trachenberge bei Dresden eröffnet, zunächst mit 8 Zöglingen. Das Institut ist in einem Pavillon untergebracht und bietet für 12 Kinder Raum. Eine zweite Anstalt besteht für Sachsen in Niederlössnitz unter Leitung des Dresdener Diaconissenhauses.

Im November 1897 wurde in Hannover eine Krüppelpflegeanstalt eröffnet, im Anschluss an die Hannoversche Kinderheilanstalt. Das Hannoversche Krüppelheim verfügt über ein grosses Haus, in welchem in hohen hellen Räumen alle in den übrigen Krüppelpflegen gemachten Erfahrungen aufs Sorgsamste benutzt wurden. Das Haus bietet Raum für 30—40 Pfleglinge. Es kann 15—18 Knaben und ebenso viele Mädchen aufnehmen. Für ausgezeichnete ärztliche und specialärztliche Hilfe ist bestens gesorgt. Neben allen orthopädischen Einrichtungen, welche dazu beitragen können, die Krüppel arbeits- und erwerbsfähig zu machen, ist für ausgiebigen Unterricht in allen Disciplinen der Volksschule Sorge getragen. Im Jahre 1898 befanden sich 16 Pfleglinge in der Anstalt. Der Pflegesatz ist auf 360 Mark normirt, wird aber unter Umständen auf 300 Mark ermässigt.

In der Vollendung begriffen ist (1898) ein weiteres grosses Krüppelheim in Cracau bei Magdeburg. Hier besteht seit 1889 das Siechenhaus Johannisstift, eine Schöpfung des Superintendenten Pfeiffer. Es wird lediglich aus privaten Mitteln erhalten und wird von den Pfleglingen nur ein geringer Pflegesatz erhoben. Ursprünglich nur für alte, sieche Personen bestimmt, mussten bald auch Kinder aufgenommen werden. Da unter diesen sehr viele Krüppel sich befanden — im Jahre 1894 unter 153 Kindern 31 — beschloss man die Errichtung einer eigenen Kinderkrüppel-Erziehungs- und Ausbildungsanstalt. Das Haus ist im Rohbau vollendet und wird im Herbst 1898 eröffnet werden. Es bietet

Raum für 120 verkrüppelte und 40—50 ganz sieche Kinder. An Krüppeln sind zur Zeit (1898) vorhanden: 11 Männer, 4 Frauen, 23 Knaben und 13 Mädchen. Die Kinder werden verpflegt, unterrichtet, erzogen und ärztlich behandelt. Mit dem neueu Hause ist eine vollständige orthopädische Anstalt verbunden. Für die Knaben werden 4—5 verschiedene Werkstätten zur Erlernung eines Handwerkes eingerichtet, die Mädchen erlernen Nähen, Stricken, Häkeln und Sticken etc. etc.

Auch sonst beginnt das Interesse für die Krüppel sich zu regen. In Pommern hat das Diaconissenhaus Salem in Neu-Torney bei Stettin die Krüppelpflege sich zum Ziele genommen. In der Rheinprovinz bauen die Diaconissen zu Kreuznach-Sobernheim ein Krüppelasyl. Mit dem Gedanken der Fürsorge und der einstweiligen Statistik des Nothstandes der Krüppel beschäftigen sich der Provinzialverein für innere Mission in der Provinz Westfalen, die Diaconissen in Altona und in Miechowitz in der Provinz Schlesien.

Obwohl nun in Deutschland die Anfänge der Krüppel-Erziehungs- und Ausbildungsanstalten weit zurückreichen, sind sie im Allgemeinen in ihrem Wirken doch nicht so recht in die Oeffentlichkeit und zum Bewusstsein weiterer Kreise gekommen, und konnten auch den grossen Bedürfnissen in keiner Weise genügen, sodass es der Gegenwart oder vielmehr der Zukunft anheimfällt, eine ausgiebige Fürsorge für die Krüppel zu entfalten.

Am weitesten vorgeschritten in der Krüppelfürsorge sind zur Zeit die Nordländer Europas, Dänemark, Schweden, Norwegen und Finnland; in welchen Anfangs der 70er Jahre eine von Deutschland und den übrigen europäischen Staaten unabhängige Bewegung auftrat, welche einerseits die breiten Schichten des Volkes zum Bewusstsein einer ausgiebigen Fürsorge für Krüppel brachte und andererseits diese Aufgabe in geradezu idealer Weise zu lösen verstand.

Der Vater dieser nordischen Bewegung war der dänische Pfarrer Hans Knudsen in Copenhagen, der in vieljähriger seelsorgerischer Thätigkeit Gelegenheit genug hatte, sich von der Häufigkeit der Verkrüppelung, von der traurigen Lage und dem socialen Elend der Krüppel zu überzeugen. Auf seine Anregung hin wurde am 21. October 1872 in Copenhagen eine Gesellschaft gegründet: Samfundet som antager sig Vanföre og lemloestede Börn — Verein, der sich verkrüppelter Kinder annimmt. Nicht weniger als 41 verkrüppelte Kinder erhielten schon im ersten Jahre des Bestehens der Gesellschaft die erforderliche Hilfe. Da die Klientel rasch stieg, war es schon 1873 nothwendig, eine Poliklinik für Krüppelkinder zu eröffnen. In derselben wurde ärztliche Hilfe, Bandagen etc. umsonst gegeben. Bald erkannte man, dass damit nur zum geringsten Theile geholfen werde und errichtete deshalb 1875 eine Schule für Gelähmte und Einhändige. Man verlegte sich in derselben ausschliesslich auf Handfertigkeitsunterricht. Dies war eine schwierige Aufgabe, da bei der Eigenart der Schüler jeder Arbeitszweig, welcher als Unterrichtsfach aufgenommen wurde, nicht nur das

gewöhnliche Werkzeug verlangte, sondern in der Regel noch specielle und eigenthümlich construirte Vorrichtungen, um wenigstens theilweise die Anwendung der verlorenen oder verkrüppelten Glieder zu ersetzen.

Im Jahre 1886 wurde Schule und Poliklinik in einem einzigen Hause vereinigt und so das Wirken noch zweckmässiger gestaltet.

Da die Schule alsbald auch von Auswärtigen d. h. nicht in Copenhagen Wohnenden, theils auch von solchen frequentirt wurde, welche sonst keine Unterkunft hatten, so wurde weiterhin (1890) ein Internat eingerichtet — Hjemmet for Vanföre (Krüppelheim) —, in welchem der Zögling um 1/2 Krone, um 60 Pfennig nach deutschem Geld, pro Tag, wohnen und essen kann. Internat, Schule und Poliklinik sind zur Zeit in einem grossen, dem Vereine gehörenden Haus untergebracht. Ausserdem besitzt der Verein ein Haus auf dem Lande, in der landschaftlich wunderbaren Umgegend Copenhagens, in welchem im Sommer gearbeitet wird.

Als würdig, die Hilfe des Vereins zu geniessen, wird jeder dänische Krüppel angesehen, der durch eigene Hilfe oder die seiner Versorger nicht in der Lage ist, die Ausgaben für alle Hilfsmittel, welche sein körperlicher Fehler verlangt, zu bestreiten und der auf keine andere Weise sich selbst helfen kann.

Haben die Zöglinge gelernt, gute technische Arbeiten zu machen, so hilft ihnen der Verein eine passende Anstellung zu finden. Es ist dabei selbstverständlich, dass, wenngleich guter Wille und Eifer meist vorhanden ist, Einhändige und Gelähmte auf dem Arbeitsmarkt nur schwer concurriren können. Um den Krüppeln nun in ihrem Bestreben um das tägliche Brot Erleichterung zu verschaffen, hat der Copenhagener Verein sogenannte „Arbeitsstuben“ gegründet. Diese sucht man so zu betreiben, dass das Budget des Vereins nicht oder nur ganz geringfügig belastet wird. Dies geschieht in der Weise, dass die ausgelernten Schüler in diesen Arbeitsstuben vom Vereine mit Arbeit und Arbeitsmaterialien versehen werden, und dass hinwiederum der Verein den Verkauf und Absatz der fertigen Waaren besorgt. Der Reinverdienst kommt den arbeitenden Krüppeln zu gute, die einheitliche Leitung schafft den Ueberschuss.

Die Krüppelschule in Copenhagen begann den Unterricht im Jahre 1875 mit 2 Schülern, 1884 betrug der Zugang bereits 18 und 1890 27 Zöglinge. — Von sämmtlichen Instituten des Vereins wurde in den ersten 21 Jahren seines Bestehens 4313 Krüppeln Hilfe geleistet.

Die Unterrichtsfächer der Copenhagener Anstalt sind Nähen, Häkeln, Sticken, Stricken, Weben, Schneidern und Korbflechten für Mädchen; Bürstenbinden, Polieren, Rohrsitzflechten, Schneiderarbeiten, Holzschneidereien, Stuhlmachen und Schusterarbeit für Knaben. In sinniger Weise sind nach und nach von den Lehrern besondere Arbeitsapparate construirt worden, mit deren Hilfe diese theilweise complicirten Arbeiten mit einer Hand, ja sogar mit dem Munde ausgeführt werden können.

— Neben den technischen als Hauptfächern erhalten die Zöglinge auch Unterricht in Lesen, Schreiben und Rechnen.

Die Arbeitszeit ist eine ziemlich ausgedehnte: täglich von 7—1 Uhr Vormittags und 2—6 Uhr Nachmittags für die Knaben; von 9—11 Uhr Vormittags und 3—5 Uhr Nachmittags für Schwache und für Mädchen.

Angeregt durch die Copenhagener Anstalt trat im März 1885 in Schweden in Götaborg (Gothenburg) ein Verein ins Leben „zur Unterstützung und Hilfe der Krüppel“ Föreningen for bistånd at Vanforå. Auch dieser Verein besitzt seit 1894 ein eigenes Haus, in welchem sich der ganze Betrieb vereinigt. Es enthält eine Arbeitsschule für Tischlerei, Drechslerei, Korbflechten und Schuhmacherarbeiten für Schüler; Näharbeiten, Weberei und Stickerei für Schülerinnen. Jeder Schüler erhält die Arbeiten bezahlt unter Abzug der Unkosten des Materials. Ein Internat besteht nicht, doch erhalten die Meisten kostenfreies Mittagessen; auch eine Badeeinrichtung steht zum unentgeltlichen Gebrauch zur Verfügung.

Die Schülerzahl beträgt im Durchschnitt jährlich 30: von 1885 bis 1897 im Ganzen 122.

Verbunden mit der Arbeitsschule und im gleichen Hause untergebracht ist eine orthopädische Poliklinik. Sie wird von 2 Aerzten geleitet, von welchen der eine Specialist für Orthopädie ist. Die Poliklinik wurde vom Jahre 1890—1897 von 618 Patienten in Anspruch genommen.

Im April 1885 wurde in Carlskrona eine ähnliche Schule mit 6 verkrüppelten Mädchen eröffnet.

Helsingborg folgte 1887 diesen Beispielen mit der Gründung eines Vereins zur Krüppelpflege. Auch diese Gesellschaft — Föreningen for bistand at Vanföre — hatte bereits nach 4jährigem Bestande ein eigenes Haus und eine Schule für seine Schutzbefohlenen.

Im Jahre 1891 schloss sich Stockholm den Bestrebungen der Krüppelfürsorge an. Hier hatte schon 1882 Schuldirector Berg mit Hilfe seiner Tochter einen Handarbeitscurs für einige verkrüppelte Mädchen angefangen; wegen Mangel an Unterstützung musste das Unternehmen aufgegeben werden. Im Jahre 1890 nahmen mehrere Damen und Herren der Stockholmer Gesellschaft den Gedanken wieder auf. Der Verein — Foreningen for bistand och lytta at Vanfora — war die unmittelbare Folge, eine ausgezeichnete und gut besuchte Schule das weitere Ergebniss.

In Finnland wurde im Jahre 1889 ein der Krüppelpflege sich widmender Verein in Helsingfors gegründet — Föreningen för lyttas bistand —, welcher 1890 eine Arbeitsschule eröffnete.

Der Unterricht giebt für die Schüler Unterweisung in Rohrflechtarbeiten, Bastarbeiten, Holzarbeiten, Korbflechten, Drechslerei und Holzschnitzerei; für die Schülerinnen in Häkeln, Stricken, Nähen mit der Hand und Maschine, Weben, Merken und Klöppeln: für Knaben und Mädchen gemeinsam in Buchbinderarbeiten. Neben dem technischen

Unterricht ist durch eine Volksschullehrerin für den Elementarunterricht der allgemeinen Volksschule gesorgt.

Die Schule vermittelt auch den Verkauf von Erzeugnissen solcher Schüler, welche bereits entlassen sind.

Seit 1892 ist mit der Schule ein Internat verbunden. Gearbeitet wird von 8—2 Uhr Vormittags mit einer einstündigen Frühstückspause und von 5—7 Uhr Nachmittags. Die erwachsenen Schülerinnen müssen in der Küche mithelfen, sowie die Zimmer, den Speise- und Schulraum aufräumen.

Die Frequenz ergiebt sich aus folgender Uebersicht:

| | | | | Externe | | | Interne | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Männl. | Weibl. | Sa. | Männl. | Weibl. | Sa. | Männl. | Weibl. | Sa. |
| 1890 | 10 | 4 | 14 | 10 | 4 | 14 | — | — | — |
| 1891 | 9 | 6 | 15 | 9 | 6 | 15 | — | — | — |
| 1892 | 17 | 14 | 31 | 4 | 7 | 11 | 13 | 7 | 20 |
| 1893 | 21 | 17 | 38 | 7 | 6 | 13 | 14 | 11 | 25 |
| 1894 | 27 | 21 | 48 | 7 | 5 | 12 | 21 | 15 | 36 |
| 1895 | | | fehlt | | | | 28 | 22 | 50 |
| 1896 | | | " | | | | 27 | 26 | 53 |
| 1897 | | | " | | | | 31 | 23 | 54 |

Aufgenommen können zur Zeit (1898) ausser jeder beliebigen Zahl von Externen 50—60 Interne werden.

Aerztliche und specialärztliche Hilfe steht zur Verfügung, jedoch ausserhalb des Internats.

In Norwegen wurde 1892 in Christiania eine Krüppelarbeitsschule von zwei Damen, Frl. Fleischer, als Privatunternehmen gegründet. Von kleinen Anfängen ausgehend fand das Unternehmen 1893 einen Anhalt an dem Kristiania-Krüppelverein, sodass 1894 ein Krüppelheim eröffnet werden konnte, in welchem Wohnung, Kost und unentgeltlicher Unterricht in Handfertigkeiten wie Elementarfächern gewährt wird. Es wurden hier ausgebildet:

im Jahre 1892 9 Pfleglinge
" " 1893 21 "
" " 1894 25 "
" " 1895 30 "

Angeregt von Dänemark aus besitzt auch England 4 nach den nordischen Vorbildern eingerichtete Institute: das Cripples home and industrial scool for girls in London, das National industrial home for crippled boys in London; das Moore-street home for crippled boys in London und das Dr. Barnados home in Schottland.

Es existiren demnach in Schweden 4 Anstalten mit Arbeitsschulen für Krüppel, in England ebenfalls 4, in Norwegen, Dänemark und Finnland je 1. In Deutschland befinden sich 6, mit Einschluss des in der Vollendung begriffenen Cracauer Institutes 7 Anstalten, welche sich mit der Erziehung und Ausbildung von Krüppeln beschäftigen.

Die deutschen zur Zeit bestehenden Anstalten verfügen bei einem Bestande von — gering gerechnet — 25000 hilfsbedürftigen Krüppeln im ganzen Deutschen Reich über 400—500 Plätze: d. h. es ist gegenwärtig nur für den fünfzigsten Theil gleich 2 Procent der dringender Hilfe bedürftigen Krüppel gesorgt!!

Wie Eingangs berechnet, bedeuten die 25000 nicht genügend versorgten und ausgebildeten Krüppel für das Deutsche Reich eine Schädigung des Nationalvermögens von etwa 40 Millionen Mark jährlich. — Diese Zahlen weisen mit erschreckender Deutlichkeit auf eine ernste Gefahr im deutschen Volksleben hin.

Es kann aber diesen Uebelständen abgeholfen werden durch ärztliche Kunst bei zeitweiligem Aufenthalt in eigenen Krankenanstalten, durch zweckmässige Ausbildung einzelner, besonders verwerthbarer körperlicher Fähigkeiten in Krüppellehranstalten, sowie durch die körperliche und geistige Pflege, welche die Verkrüppelten in den Krüppelheimen finden würden.

Jedenfalls wäre es vernünftiger, einmalige Cur- und Erziehungskosten für die armen, arbeitsunfähigen Krüppel herzugeben, die Kosten für Erziehung einer mehr weniger erreichbaren Erwerbsfähigkeit, als die Unterhaltungskosten für die Dauer des ganzen Lebens der Unglücklichen zu zahlen. — Dieser Grundsatz ist für Blinde, Taube, Epileptische schon längst durchgeführt, er muss auch auf die Krüppel ausgedehnt werden.

Es darf sodann die Krüppelfürsorge nicht der privaten Wohlthätigkeit allein überlassen werden, so dankbar auch deren Wirken ist und so willkommen es im Interesse der Allgemeinheit sein muss. Bayern hat mit seiner staatlich organisirten und vom Staate unterhaltenen Anstalt gezeigt, was auf diesem Wege erreicht wird; dass weit mehr als durch Private geleistet werden kann, welch letztere doch immer in ihren Mitteln beschränkt sind und auch nicht den rein socialen Zweck verfolgen, wie es der Staat thut.

Die staatlich zu fordernden Anstalten müssen vereinigen: orthopädische Heilanstalt und Erziehungsinstitut.

Die Heilanstalt muss ausgerüstet sein mit allen Errungenschaften der modernen Orthopädie, mit eigens eingerichteten Turnsälen, welche das allgemeine deutsche Turnen, wie die specielle schwedische Heilgymnastik (Zanderapparate) ermöglichen; mit mechanischen Werkstätten zur Anfertigung der für die Krüppel nothwendigen orthopädischen Apparate, wie zur Herstellung von der technischen Ausbildung der Krüppel angepasstem Handwerkszeug. Die ärztliche Behandlung soll, wenn irgend möglich, in die Hände von Specialärzten für orthopädische Chirurgie gelegt werden, denen ein Hausarzt für die allgemeinen Erkrankungen zur Seite steht.

Das Erziehungsinstitut muss neben der körperlichen Versorgung den Unterricht der Elementar- und Volksschulen geben und ausserdem für eingehenden technischen Unterricht in den verschiedensten Fächern Sorge tragen. Technische Fächer, welche sich für

krüppelhafte Knaben eignen, sind: Schreibarbeiten, Schneiderei, Bürstenbinden, Korbflechten, Drechslerei, Schuhmacherei und Musik. Für Mädchen empfehlen sich: Nähen, Sticken, Stricken mit der Hand und an der Maschine, Weben, Klöppeln, Häkeln und Kleidermachen.

Mit der Ausbildung und Entlassung aus den Krüppelheimen darf die Fürsorge nicht beendet sein. Da erfahrungsgemäss die Unterbringung der austretenden ausgebildeten Zöglinge gewisse Schwierigkeiten macht, so müssen nach dem Vorbilde der Arbeitsstuben in Copenhagen Einrichtungen getroffen werden, welche für alle diejenigen, welche nach der Entlassung dem socialen Kampfe ums Dasein allein nicht gewachsen sind, ständige Arbeit beschaffen und den Verkauf der angefertigten Arbeiten besorgen. Auch empfiehlt sich die Einrichtung von Sammelhäusern, Internaten, in welchen die selbständigen Krüppel auf eigene Kosten, aber womöglich billiger als bei Privaten, Wohnung und Verflegung finden.

Bei dem Schulplane der Krüppelheime ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass die körperliche Beschaffenheit der Zöglinge eine grössere Fürsorge bedarf. Es ist namentlich eine ausgiebige Pflege des Turnens, ein steter Wechsel zwischen geistiger und körperlicher Arbeit und ein häufiger Eintritt von Ruhepausen zu verlangen. Hierzu müssen sich Spiele und Spaziergänge im Freien gesellen, im Winter muss für gedeckte, halboffene Räume, Wandelbahnen und dergleichen, gesorgt sein, um den Aufenthalt im Freien zu ermöglichen.

Bei dem Turnen müssen die Zöglinge geschieden werden in solche mit zwei guten Beinen und solche mit zwei guten Armen. Obwohl in den einzelnen Gruppen hinsichtlich der Fähigkeit in Benutzung der zu Gebote stehenden Gliedmaassen immerhin noch Verschiedenheiten bestehen, empfiehlt sich im Allgemeinen diese Zweitheilung in Hinblick auf die Zersplitterung der Kraft des Lehrers. Als Anleitung und Vorbild für den Turnunterricht dürfte der exact ausgebildete Lehrplan der Krüppelanstalt in München dienen (siehe oben S. 690).

Die Aufnahme in die Anstalt hat möglichst frühzeitig zu erfolgen, wenn irgend angängig mit dem Eintritt in das schulpflichtige Alter, also im 6.—7. Lebensjahr. Der Austritt mag dann im Allgemeinen mit dem 14. Lebensjahr eintreten, conform der Volksschule; vorausgesetzt, dass die technische Ausbildung bis dahin vollkommen erreicht wurde. Es wird sich bei einem kleinen Procentsatz sehr stark Verkrüppelter die Nothwendigkeit ergeben, die Schulzeit unter Umständen um zwei bis drei Jahre zu verlängern, weil diese Zöglinge infolge ihrer Gebrechen nur langsam technisch gefördert werden können.

Die Auswahl der aufzunehmenden Zöglinge erfolgt am praktischsten durch die Gemeinde- und Communalverwaltungen unter Mitwirkung der beamteten Medicinalpersonen, welch letztere am besten über die Nothwendigkeit und Bedürftigkeit der Specialausbildung urtheilen können. Jedenfalls ist diese Form der Präsentation privater und geistiger Körperschaften vorzuziehen.

Das Personal der Anstalten soll sich zusammensetzen aus einem

womöglich dem Schulfach entnommenen Vorstand, männlichen und weiblichen Lehrkräften für den Elementar- und Religionsunterricht, einer Reihe von technischen Hilfskräften, welche am besten dem Handwerkerstande entnommen werden, und etwa zwei Aerzten, einem Hausarzt und einem Specialisten für Orthopädie.

Einen Ueberblick, was auf dem Gebiete der Krüppelfürsorge geleistet wird und geleistet werden kann, zu welch brauchbaren Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft die sonst auf den Strassen bettelnden oder in den Familien vegetirenden armen Krüppel erzogen werden können, giebt nachstehende Uebersicht, was die in den Jahren 1844—1894 aus den Münchener Krüppelanstalten Entlassenen im späteren Leben geworden sind.

Von 422 entlassenen Knaben wurden:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Amtsgerichtsgehilfen | 6 | Musiker | 1 |
| Arbeitshilfslehrer an der Anstalt | 1 | Officiant | 2 |
| Bader | 1 | Oekonomen | 16 |
| Bahnbeamte (Diätare) | 5 | Ornatschneider | 2 |
| Bierbrauer | 1 | Papparbeiter | 8 |
| Blumenmacher | 3 | Photographen | 3 |
| Buchbinder | 59 | Pinselmacher | 10 |
| Buchhalter | 1 | Postexpeditor | 1 |
| Ciseleur | 1 | Porte-Feuiller | 6 |
| Diener | 2 | Porzellandreher | 1 |
| Dessinateur | 1 | Rentamtsgehilfe | 4 |
| Galanteriearbeiter | 12 | Sattler | 2 |
| Gelehrter (Dr. phil.) | 1 | Säckler | 3 |
| Gefängnisswärter | 1 | Schäfer | 6 |
| Gerichtsdiener | 1 | Steinklopfer | 1 |
| Glaser | 1 | Schlosser | 1 |
| Goldpolierer | 1 | Schneider | 28 |
| Goldsticker | 4 | Schreiber | 51 |
| Gärtner | 1 | Schreiner | 13 |
| Graveur | 2 | Schriftsteller | 1 |
| Hafner | 1 | Schuhmacher | 7 |
| Hausmeister | 1 | Silberarbeiter | 1 |
| Kartonnagearbeiter | 1 | Stenograph | 1 |
| Kirchendiener | 1 | Schweizer | 1 |
| Kommis | 2 | Techniker | 1 |
| Kolporteur | 2 | Uhrmacher | 21 |
| Konditor | 2 | Vergolder | 3 |
| Lehrer | 3 | Wagenwärter | 1 |
| Lithograph | 5 | Wirth | 1 |
| Magistratsschreiber | 1 | Zigarrenmacher | 2 |
| Marktschreiber | 1 | Diverse andere Berufe | 29 |
| Maler | 11 | Im Armenhaus sind | 8 |
| Mechaniker | 1 | Unbekannt | 7 |
| Modelleure | 4 | Unheilbar | 8 |
| Müller | 1 | Gestorben | 41 |

Von 133 entlassenen Mädchen sind.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Arbeitslehrerin | 1 | Metalleinlegerin | 1 |
| Aufseherin | 2 | Modistin | 3 |
| Blumenmacherin | 1 | Näherin | 46 |
| Buchhalterin | 2 | Tagelöhnerin | 1 |
| Dienstmädchen | 1 | Stickerin | 8 |
| Lehr- und Chorfrau | 1 | Vorarbeiterin | 3 |
| Hilfslehrerin | 1 | Westenmacherin | 1 |
| Ladnerin | 2 | Für häusliche Arbeiten | 16 |
| Kleidermacherin | 7 | Im Asyl | 4 |
| Kinder- und Zimmermädchen | 3 | Unbekannt | 11 |
| Köchin | 1 | Gestorben | 10 |

Mögen diese Daten dazu beitragen, das Programm für die Krüppelversorgung allenthalben zur That werden zu lassen!

# II.

# Reconvalescenten- und Siechenanstalten.

## 1. Sonderanstalten und Fürsorge für Genesende.

Von

Dr. med. **Erich Flade** in Dresden.

(Mit 4 Abbildungen.)

Man hat in neuerer Zeit, vor allem seit Inkrafttreten der socialen Fürsorge des Staates für Bedürftige und Kranke, gelernt, wie viel wichtiger und vortheilhafter für den Einzelnen, wie das Gemeinwohl es ist, Krankheiten zu verhüten, als sie erst nach ihrem Ausbruche zu heilen, wie nothwendig aber auch andererseits, die Geheilten und in Genesung Begriffenen in Verhältnisse überzuführen, in welchen ihnen volle Gesundung zu Theil werden kann, bevor sie wiederum ihrer Arbeit sich zuwenden und mit deren vorzeitiger Aufnahme der Gefahr eines Rückfalles, neuer Erkrankung oder dauernden Siechthums sich aussetzen. Dieser letztere Theil der öffentlichen Gesundheitspflege, die Sorge für Genesende, ist leider gerade bei uns in Deutschland noch sehr im Hintertreffen, und doch gehört sie zu den wichtigsten und erfolgreichsten Zweigen der socialen Arbeit, bildet sie eine ganz nothwendige Ergänzung der Krankenfürsorge.

Wurde das in alten und ältesten Zeiten schon anerkannt und darnach gehandelt, so wusste das Hasten der Neuzeit diesen Theil der humanen Thätigkeit sehr in den Hintergrund zu drängen. Als Hauptursache für diese unbefriedigenden Verhältnisse bezeichnet Güterbock den Umstand, „dass bei uns die öffentliche Fürsorge für Erkrankte im Wesentlichen nur auf der armengesetzlichen Verpflichtung der Gemeinwesen beruht, und dass daher nichts geschehen kann, was — ob mit Recht oder Unrecht — auch nur den entferntesten Anschein einer Extraleistung hat“. Wie verwandte Unternehmungen (Feriencolonien u. a. m.) wurde deshalb auch besondere Pflege der Reconvalescenten von der

Mitwirkung unserer Stadtverwaltungen ausgeschlossen. Und doch muss jene „zu den ernstesten Aufgaben der Hygiene gerechnet werden, bei deren Lösung Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Leben von Tausenden und Abertausenden auf dem Spiele stehen“.

Viele kleine und kleinste Mittel, welche man in Deutschland vielerorts anwendet beziehungsweise mangels besserer Einrichtungen und des dazu nöthigen Capitals anwenden muss, sind vollkommen unzureichend, zur Herbeiführung nur der nothwendigsten Genesendenpflege.

In früheren Zeiten konnte man die Genesenden im Krankenhause behalten, bis sie sich dort völlig erholt und gekräftigt hatten, heute wird eine Nachcur dort unmöglich gemacht durch die allgemeine Ueberfüllung der Krankenhäuser. Um neu ankommenden schwerer Kranken Platz zu machen, müssen, von diesem Gesichtspunkte aus natürlich mit Recht, die Reconvalescenten weichen. Andererseits verlangen aber sehr viele von diesen selbst ihre Entlassung, sobald sie nur irgend thunlich erscheint, da sie Brot verdienen und für ihre Familie sorgen müssen; der Kampf ums Dasein lässt ihnen keine Ruhe mehr. Wie viele der so wieder Schaffenden erliegen ihm!

Aber ein verlängerter Aufenthalt im Krankenhause ist nicht einmal sehr empfehlenswerth, für das Krankenhaus nicht, denn die im Gefühl der Gesundung Uebermüthigen stören die Disciplin, die Ruhe der Bettlägerigen, verleiten die Kranken zu leichtsinnigen Streichen, kurz sind ein Kreuz für Arzt und Wärter, — für die Genesenden selbst nicht, denn bei der Häufung aller möglichen Infectionskrankheiten sind Reconvalescenten als besonders Disponirte in steter Gefahr eine neue Krankheit sich zuzuziehen.

Was wartet ihrer aber nach der Entlassung, wobei ihnen noch der Rath mit auf den Weg gegeben wurde, sich recht zu schonen und gut zu essen? Daheim findet der unbemittelte Genesende oft eine schlechte Wohnung, ohne Licht, ohne genügende Wärme im Winter, ungenügende Ernährung, keine Pflege, sondern Noth, die ihn treibt Arbeit zu suchen, kurz keineswegs die zur nöthigen Kräftesammlung geeigneten Bedingungen. Nur mit äusserster Anspannung der Energie vermag er seiner Arbeit oder seinen häuslichen Verpflichtungen nachzukommen: Alsbald versagen Geist und Körper aufs Neue, die eben überstandene Krankheit wiederholt sich, oder der schwache Organismus fällt einer neuen oder chronischem Siechthum zum Opfer.

Alleinstehende Personen, unverheirathete Arbeiter, Dienstmädchen u. dgl. sind kaum weniger schlimm daran als Familienväter, da das Stellenfinden heutzutage nicht eben leicht ist. Zwar bekommen sie noch einen Theil des Krankengeldes, aber v. Ziemssen sagt mit Recht über diese Einrichtung:

„Dass die Reconvalescenten in diesem Stadium, wo sie der ärztlichen Hilfe entrathen, sich frei bewegen und nach Arbeit umthun können, noch ein Anrecht auf die communale oder Vereinshilfe besitzen, ist durch die reichsgesetzlichen Bestimmungen anerkannt, welche den noch arbeits-

unfähig aus den Krankenhäusern Entlassenen eine wöchentliche Unterstützung im Betrage der Hälfte ihres Tagelohnes zubilligen. Nun lehrt aber die Erfahrung, dass diese an sich schon kaum ausreichende Geldunterstützung durchaus nicht immer für die Reconvalescenten und in einer die Genesung derselben fördernden Weise verwendet wird. Bei den Verheiratheten werden die Mittel grösstentheils durch die Anforderungen der Familie absorbirt, während die Ledigen, durch die Unwirthlichkeit ihrer Schlafstellen und durch ihre Beschäftigungslosigkeit verführt, die Tage im Wirthshause zubringen".

Zwischen Krankheit und Arbeit muss eben die Zeit der Genesung treten; sie bedarf gleicher Beachtung, wie jene. In unzähligen Fällen ist die Heilung eines Kranken nicht beendet, seine Arbeitsfähigkeit auf die Dauer oder auch nur auf längere Zeit nicht erreicht, wenn er auch besonderer ärztlicher Behandlung oder einer speciellen Cur nicht mehr bedarf. Vielmehr benöthigt er gerade nun erst noch auf Wochen oder Monate einer weitgehenden Schonung und Pflege, welche die Vortheile sichert und festigt, die ihm sachgemässe Behandlung und Curzeit verschafft haben.

Die Vortheile, welche die Krankenhäuser von einer Genesenden-Fürsorge haben, sind sehr grosse. Schon oben wurde auf die Ueberfüllung hingewiesen. Welche Entlastung die Unterbringung der Genesenden in anderen Anstalten für das Mutterhaus bedeutet, zeigt eine Berechnung v. Ziemssen's über die Münchener Reconvalescentenanstalt. „In den 10 Jahren 1879 bis 1888 wurden in derselben 2509 Genesende verpflegt. Dieselben beanspruchten eine Verpflegungsdauer von 61848 Verpflegungstagen. Da nach dem Jahresdurchschnitt in unserem Krankenhause auf jeden Kranken durchschnittlich 20 Tage Aufenthalt zu rechnen sind, so hat die Reconvalescentenanstalt in den genannten 10 Jahren dem Krankenhause für über 300 Kranke jährlich Platz gemacht. Und das bei einem Belegraum von nur 20 Betten! Rechnen wir bei der zu erhoffenden Erweiterung unseres Betriebes und der Belegung aller unserer 80—100 Betten dieselbe Zahl von Verpflegungstagen auf den einzelnen Reconvalescenten, so wird die Anstalt künftighin das Vier- bis Fünffache leisten, also den Krankenhäusern Platz für 1200 bis 1500 Kranke schaffen".

Und weiter wird der finanzielle Vortheil erörtert, der sich darbietet, da im Krankenhause der Verpflegungstag 3 Mark kostet, in einem einfachen Genesungshause aber nur 2,50 Mark oder, bei geeigneter Wirthschaft, wie englische Institute lehren, nur 1,50 Mark.

Nach allen Richtungen, sehen wir, ist das Bedürfniss nach Genesendenfürsorge vorhanden. Dieses zu befriedigen, muss mit die Aufgabe der nächsten Zukunft sein. Bestehende Anstalten und Einrichtungen bekunden, dass man auf Erfolge und — was heutigen Tages immerhin viel bedeutet — auf Dankbarkeit rechnen kann.

### Verschiedene Formen der Genesendenfürsorge.

Die Maassnahmen zu Gunsten der Genesenden können verschieden sein. Zuerst sind es solche, welche in den Krankenhäusern selbst eingerichtet werden. Wo diesen nicht eigene Genesungsheime zur Verfügung stehen, haben sie unbedingt insoweit für die Genesenden zu sorgen, als wenigstens geeignete Räume für deren Aufenthalt ausserhalb des Bettes geschaffen werden für die Tage ungünstiger Witterung, in Sonderheit aber auch rücksichtlich der Reconvalescenten, welche noch nicht stundenlang im Freien sich ergehen dürfen. In verschiedenen Heilstätten hat man durch Anbau oder Benutzung vorhandener Räume diesem Bedürfnisse Rechnung zu tragen versucht; bei Neubauten von Krankenhäusern hat man „Reconvalescentensäle" oder „Tagesräume" eigens in den Bauplan aufgenommen. Leider hat der Platzmangel oft die vorhandenen Räume für Reconvalescenten mit Kranken belegen, oder der Umstand, dass jene erhöhten Kostenaufwandes bedürfen, von ihrer ausgebreiteten Verwendung absehen lassen.

„Besonders durch die zahlreichen Anstalten, welche unter dem Einflusse der Architekten Gropius und Schmieden namentlich in Nord- und Mitteldeutschland neuerdings entstanden sind, hat die Anlage von besonderen Reconvalescentensälen in dem letzten Decennium an Verbreitung gewonnen. — Entweder handelt es sich um einen Vor- resp. Anbau an den die ganze Pavillonbreite einnehmenden Hauptkrankensaal (städtisches Krankenhaus im Friedrichshain-Berlin und 2. Garnisonlazareth zu Tempelhof) oder der Saal für die Genesenden liegt von den eigentlichen Krankenzimmern getrennt im Administrationsgebäude, im Mitteltracte etc. (Wiesbaden, Carolahaus-Dresden). Im Allgemeinen hat man es hier nur mit „Tagesräumen" zu thun (Gueterbock)."

Die besonderen Tagesräume sind durchaus nöthig nicht nur in hygienischer Hinsicht, sondern auch zwecks Aufrechterhaltung der Disciplin; die Anwesenheit einer grösseren Zahl von Genesenden tagsüber in gleichen Räumen mit den Kranken ist unter allen Umständen bedenklich und für letztere von schlechtem Einflusse in sanitärer wie moralischer Hinsicht. Als Ergänzung bleibt ein genügender Garten oder Park, wie er wohl den meisten Krankenhäusern zur Verfügung steht, stets zu fordern. In den eigentlichen „Reconvalescentensälen" halten sich die Genesenden auch während der Nacht auf: „es sind Krankenzimmer wie alle anderen, nur mit dem Unterschiede, dass sie statt mit „activ" Kranken mit Genesenden belegt werden." Wiederholt hat man besondere Baracken dazu benutzt, namentlich für von epidemischen oder infectiösen Krankheiten Genesende.

Im Pavillonsystem haben wir die „Tagesräume" direct mit den Krankensälen in Verbindung. Hier besteht aber der Fehler darin, dass nicht wirkliche Trennung Genesender und schwer Kranker ermöglicht wird; deshalb hat man in den neueren Bauten Krankensaal und „Tagesraum" oder „Reconvalescentensaal" vollkommen gesondert, wennschon

meist nahe bei einander liegend. Es hat sich besonders bewährt, einen eigenen Reconvalescentenpavillon oder ein Reconvalescentenzimmer — je nachdem das Krankenhaus nach einem der beiden Systeme erbaut ist —, zu errichten (Bethanien-Berlin, Carolahaus-Dresden). „Nicht nur wird der auf jeden Kranken entfallende Luftcubus vergrössert, wenn die Anzahl der in einem Krankensaale liegenden Patienten wenigstens am Tage verringert wird, nicht nur wird den verbleibenden Schwerkranken die nöthige und ihnen sonst nur auf umständliche Weise zu gewährende Ruhe verschafft, sondern auch den Reconvalescenten wird der Anblick Schwerkranker, der gewiss nicht zur schnelleren Erholung beiträgt, theilweise entzogen und sie haben Gelegenheit, durch ein anregendes Spiel oder Unterhaltung sich frischen Lebensmuth zu verschaffen, nicht gestört durch das Stöhnen Schwerkranker“ (Schumburg).

Die manchen grösseren Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Gelder zur Unterstützung Entlassener durch Reisestipendien und dergl. sind nicht im Stande, den Genesenden auch nur eine Woche noch zu ernähren, geschweige denn ihm eine weitere Pflege zu gewährleisten, zumal diese Mittel nur ganz ausnahmsweise ein grösseres Capital repräsentiren. So besitzt allerdings das jüdische Krankenhaus zu Berlin reiche Stiftungen und Legate für Reconvalescentenpflege, etwa in Summa 400000 M. Man gewährt daraus den Genesenden Reisegeld, Zuschüsse zu Badecuren oder für geeigneten Landaufenthalt, ferner Freistellen in Soden, Colberg, Carlsbad, Warmbrunn, Teplitz. Es wird für etwa 100 Reconvalescenten jährlich gesorgt.

Schon dieser letzte Punkt führte uns aus den Krankenhäusern heraus. Es ist daher hier noch die Einrichtung der „Schonung“ anzuführen.

In vielen Hospitälern werden den Entlassenen „Schonungsscheine“ ausgestellt, auf Grund deren sie von den Hilfsvereinen oder Krankenkassen, denen sie angehören, noch weiterhin Krankengeld erhalten, ohne die Arbeit sofort wieder aufnehmen zu müssen. Zugleich sollten allerdings diese Genesenden gezwungen sein, unter ärztlicher Aufsicht zu bleiben, bis sie wieder vollkommen arbeitsfähig sind.

Jedenfalls wird sich ihrer die freie Liebesthätigkeit annehmen müssen, welche auch sonst, in Ermangelung besserer Institute, sich den Genesenden in ihrer Häuslichkeit widmet, die Frauenvereine, Vereinigungen wie diejenige zur Fürsorge für kranke Arbeiter in Leipzig und ähnliche. Die freie Fürsorge für solche Genesende wird ja vor Allem darin bestehen müssen, durch Aufbesserung ihrer socialen Verhältnisse einen Rückfall der Krankheit zu verhüten und andererseits den Gesammtorganismus zu kräftigen und wieder arbeitsfähig zu machen (Wohnung, Luft, Nahrung, Kleidung). Erst in zweite Linie würde die Beschaffung von Heilmitteln jeder Art zu treten haben.

Es wird Sache der Vereine sein, die Aerzte in Aufklärung und Belehrung der Genesenden über hygienische Lebensweise nach Kräften

zu unterstützen, und so prophylaktisch gegen neue Erkrankungen zu kämpfen und die Genesung von der vorangegangenen zu beschleunigen.

Nur der Gesunde ist arbeitsfähig, nicht der Genesende! Und Gesundheit ist das ureigenste Capital des Armen oder des Arbeiters, mit dessen Verlust er unausbleiblich zu Grunde geht oder dem Staate dauernd zur Last fallen muss. Schliesslich wird es unumgänglich sein, dass man der Familien der noch Arbeitsunfähigen sich annimmt, denn wenn der Genesende die Seinen darben sieht, greift er zur Arbeit, noch ehe er sie leisten kann, wird rückfällig oder siech.

Einen gewissen Ersatz können ferner die für Reconvalescenten mitbenutzten Curspitäler in den Badeorten bilden. Freilich haben eben alle diese und verwandte Anstalten nebenher auch wirklich Kranke als Insassen, oft auch in der Mehrzahl Kranke. Auch sie stehen nicht in Verbindung mit der öffentlichen Armenpflege oder mit öffentlichen Krankenhäusern, sind auch nicht nur im Publicum, sondern namentlich auch in medicinischen Kreisen und mit der Gesundheits- und Krankenpflege sich befassenden Vereinen noch viel zu wenig bekannt, da viele derselben nur sporadisch und oft vollkommen ungenügend mit statistischem Materiale über ihre Anstalten, insbesondere ihre Erfolge hervortreten. — Jedenfalls müssten all' diese Einrichtungen durchgehends und systematisch für die Genesendenpflege herangezogen werden[1]). Regelrechte offene Verbindung zwischen ihnen und den grossen Krankenhäusern muss erzielt werden. Die „Genesendenfürsorge ist ein integrirender Theil der Krankenflege, keine Extraleistung (Gueterbock)."

## Reconvalescentenstationen. Lage, Anlage und Betrieb der Anstalten.

Will man wirklich etwas leisten und die Genesenden so unterbringen, wie es allein zweckmässig ist, so muss man eigene Reconvalescentenstationen errichten. Dies kann auf zweierlei Art geschehen: entweder baut man nicht allzuweit von der Stadt und den Krankenhäusern eigene Häuser, die man dann im ganzen Jahre in Betrieb erhalten kann (München), oder man errichtet in gesunder Gegend Genesungshäuser, -Colonien oder -Stationen, die dann meist nur im Sommer benutzt werden können. v. Ziemssen urtheilt über beide Arten folgendermaassen: „Diese ländlichen Asyle für Genesende, welche hier, wie zum grössten Theile auch in England und Frankreich, nur während des Sommers ihre Thätigkeit entfalten, haben eine hohe Bedeutung und eine grosse Zukunft. Indessen practisch wirksamer und unmittelbar fruchtbringender

---

[1]) Alle diese Punkte zeigen recht deutlich, was auch bei der schwierigen Sammlung des Materials zu dieser Arbeit uns entgegentrat, dass die Reconvalescentenpflege bei uns noch aus einer Summe dünner Bausteine besteht, welche zum einheitlichen Bauwerke oder zum regelrechten Mosaikbilde zusammenzufassen, diese Arbeit mit den Anstoss geben möge. F.

für die Arbeitskraft des Volkes sind unzweifelhaft die städtischen Reconvalescentenheime, wie sie unsere Reconvalescentenanstalt in München repräsentirt, und zwar einerseits, weil sie das ganze Jahr in Thätigkeit sind und dann, weil sie vorwiegend den Reconvalescenten von acuten Krankheiten und Verletzungen zu Gute kommen und ihnen mit der Ueberleitung zur vollen Kräftigung die Möglichkeit geben, ihre Verhältnisse zu ordnen und insbesondere sich die geeigneten Arbeitsplätze zu verschaffen."

Billiger werden sich jedenfalls immer ländliche Asyle herstellen lassen; diese haben daher für die grosse allgemeine Praxis den Vorzug, und sie sind es auch, welche von den meisten Veranstaltern gewählt worden sind.

Der Ort soll möglichst gute, staubfreie Luft besitzen, nahe am Walde, frei von Rauch- und Russquellen liegen und doch leicht erreichbar sein. Er muss ebenso, wie die Gebäude, den allgemeinsten hygienischen Anforderungen genügen, während man sonst nicht die strengsten Anforderungen der Krankenhaushygiene zu stellen braucht. „Fasst man das Gebäude selbst in's Auge", sagt Back, „so schliesse ich mich der Auffassung des Directors zu Vincennes an, dass ein Reconvalescentenhaus keine Kaserne, kein Hospital, kein Gasthaus darstellen soll."

Ein besonderer Neubau ist daher nicht unbedingt erforderlich. Die verschiedensten schon bestehenden Anstalten, wie Curhäuser, Seehospize und viele verwandte Heilstätten, welche zumeist nur für wenige Monate im Jahre offen stehen oder nach ihnen nur spärlich belegt sind, bieten die beste Gelegenheit für Aufnahme Genesender und wär's nur für ihren Winteraufenthalt. Einführung des boarding-out-Systems auf dem Lande und in kleinen Städten mit Hilfe gebildeter Kreise namentlich für die Genesenden aus den unbemittelten, aber social etwas höher stehenden Berufsklassen dürfte ein wesentlicher Factor zur Förderung der Genesungsfürsorge werden, wennschon die Unterbringung der noch specieller Wartung und ärztlicher Behandlung Bedürftigen hier nicht in Betracht käme.

Auch auf bereits benutzte Gebäude, öffentliche oder private, geeigneten Falles Verwaltungs- und verwandte Bauten, Landgüter u. s. w. wird man zurückgreifen können, insonderheit, wenn dieselben günstiger Lage sich erfreuen und Geldmittel zur Aufführung von Neubauten fehlen. Ein Umbau oder spätere Ergänzungsgebäude werden dann leicht das noch Fehlende schaffen. Wünschenswerth bleibt, dass die Heime zwar auf dem Lande, aber doch nicht allzuweit von einem Krankenhause entfernt liegen. Man kann dann alle Einrichtungen für frische Infectionskrankheiten, etwaige Geistesstörungen, Operationszimmer u. s. w. sparen und hat nur für einen Baderaum zu sorgen. Selbst die Wäsche kann dann der Krankenhauswaschanstalt übergeben werden. Das Reconvalescentenheim bedarf auch sonst viel weniger Ausstattung als das Krankenhaus, vor allem nicht einer Menge oft sehr kostspieliger Instrumente,

Apparate und besonderer zur directen Krankenbehandlung unentbehrlicher Ein- und Vorrichtungen. So wirthschaftet es bedeutend billiger.

Gueterbock giebt in seinem bekannten Werke den Plan eines „Hüttenhospitales“ für Reconvalescenten nach Burdett, welches durch Aufbau eines Stockes für Aufnahme von 50 Genesenden hergerichtet werden könne und in welchem die Kosten der ersten Anlage und Einrichtung auf 2690 M. pro Bett sich belaufen würden. Auch dürften Baracken insofern vollkommen genügen oder wenigstens unbeanstandet die meisten Plätze zur Verfügung stellen, als die Genesendenheime vor allem in der wärmeren Jahreszeit besetzt wären. Ein Neubau für 50 Betten berechnet wird mindestens etwa 50000 M. kosten, wobei das Inventar nicht eingerechnet ist. Die Verpflegungskosten berechnen sich natürlich in den verschieden Anstalten verschieden. In Gütergotz (Versicherungsanstalt Berlin) betrug beispielsweise der Pflegesatz pro Kopf 3,75 M. täglich, während der Reconvalescentenverein zu Frankfurt a/M. 2,50 M. zahlt. Man wird bei einfachem Betriebe vielleicht auf noch geringere Sätze kommen können.

„Das Haus muss möglichst den Charakter eines Familienhauses haben, keine grossen Schlafsäle, kleine Zimmer mit wo möglich zwei, höchstens vier bis sechs Betten.“ (Back.)

Es erscheint selbstverständlich, dass hinsichtlich genügenden Raumes und Luftgehaltes der einzelnen Zimmer auch bei Errichtung eines Hauses für Genesende in keiner Weise gespart wird. „Als Quadratfläche pro Bett gilt nach deutscher Erfahrung ein Raum von 10 qm als ausreichend.“ Die Räume sollen etwa 4,5 m Höhe haben. Für Unterbringung von 50 Pfleglingen brauchen wir einen Luftraum von etwa 2500 cbm. Eine künstliche Lufterneuerung wird nicht unbedingt nöthig sein, man wird durch einfache Unterstützung der natürlichen Luftzufuhr (Dachreiter u. s. w.) auskommen und erstere höchstens für grössere Heime mit Winterbetrieb bedürfen. Die geeigneten Anlagen für Versorgung mit Trink- und Kochwasser, Entwässerung des Grundes und Trocknung der Mauern sind unentbehrlich. Für kleinere Anstalten wird sich die Heizung durch gute Oefen genügend erzielen lassen, für die grösseren sei Warmwasserheizung mit Niederdruck empfohlen, zumal da diese nicht, wie die mit Hochdruck ununterbrochene Heizung erfordert. „Der labile Charakter der Eigenwärme, welchen die meisten Genesenden zeigen, zwingt zur Aufrechterhaltung einer gleichmässigen, nicht zu niedrigen Temperatur in unseren Reconvalescentenhäusern.“ (Gueterbock.) Als Badegelegenheit genügt ein Wannenbad mit Brause, bei grossen Anstalten sind deren mehrere erforderlich.

Hinsichtlich der Abortfrage suche man, wenn und wo irgend thunlich, Schwemmanlagen zu erstreben, welche zugleich Spül- und Waschwässer am besten mit entfernen. Sonst muss man sich mit Klärbassins oder wasserdichten Gruben, deren Inhalt abgeführt wird, begnügen.

Die Zimmerwände können einfach gestrichen sein, für den Boden genügen gut geölte, feste Dielen, besser natürlich sind eichene oder kieferne Riemen oder Linoleum, welches jederzeit auch in alten Gebäuden noch gelegt werden kann.

Während man einen zuverlässigen Verwalter oder Hausvater im Hause haben muss, ist die stete Anwesenheit eines Arztes nicht erforderlich. Er soll nur einige Male wöchentlich kommen, sonst aber schnell, eventuell telephonisch herbeizurufen sein.

Wo es nicht angängig ist, die Pfleglinge in gewissen Stunden und bis zu bestimmter Zeit des Tages ausgehen zu lassen, da muss der Anstalt unbedingt ein grosses Terrain zur Verfügung stehen, auf dem sich die Leute frei bewegen, tummeln und spielen können.

Die Schlafräume sollen nach Süden, die Wohnzimmer aber nach Westen liegen. Aufenthaltsräume bei nassem Wetter (Wandelbahnen, Veranden) dürften nicht fehlen.

Im Interesse der Genesung sowohl, wie der Disciplin, liegt es, dass der Reconvalescent je nach seinem Kräftezustand, nach seinen körperlichen oder geistigen Gaben beschäftigt wird. Leichte häusliche Arbeiten werden zumeist den Anfang und den Genesenden allmählich wieder arbeitsfähig machen müssen. Späterhin werden am geeignetsten Arbeiten im Garten, zuletzt in Forst- und Landwirthschaft folgen. Von der oft ausgesprochenen Furcht vor dem Uebermuthe so halb Gesunder sagt v. Ziemssen: „Die ganze Lehre von den Schwierigkeiten, ein Genesungshaus mit geringem Verwaltungsapparat in Disciplin zu erhalten, ist „graue Theorie“. Und wenn sich wirklich einmal unter den Insassen ein räudiges Schaf zeigt, so ist die Anstalt ja sofort durch die Entlassung des betreffenden Individuums purificirt. Das ist also keinenfalls ein Moment von practischer Bedeutung.“

Auch für Genesungsheime, ja für diese ganz besonders, namentlich wenn sie fern von der Grossstadt liegen, ist die Verbindung mit einem Arbeitsnachweis zu wünschen.

Es sei gestattet, auch über die Auswahl der Aufzunehmenden weitere Worte v. Ziemssen's anzuführen: „In erster Linie kommen hier jedenfalls die acuten Krankheiten, die Verletzungen und Operationen, sowie das Wochenbett in Betracht. Erst in zweiter Linie kommen dann die chronischen Krankheiten zur Aufnahme. Unter ihnen treten am meisten hervor die allgemeinen Ernährungsstörungen, welche besonders bei den weiblichen Dienstboten und Arbeiterinnen in der Form der Bleichsucht und Anämie die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigen. Daran reihen sich dann die chronischen Magenleiden, die Krankheiten des Nervensystems und Andere.

Unbedingt von der Aufnahme auszuschliessen sind Geisteskrankheiten, Epilepsie und andere Krampfformen, ansteckende Krankheiten, vor Allem die Syphilis, dann äusserliche, Ekel erregende Leiden, z. B. manche chirurgische und Hautkrankheiten, übelriechende Affectionen, endlich der acute und chronische Alkoholismus.“

Dass Tuberculöse im Anfangsstadium nicht ausgeschlossen sein sollen, wie es in München (wohl nur bis zur Eröffnung der Lungenheilstätten) geschieht, scheint uns nicht ganz einwandfrei zu sein, namentlich im Hinblick auf die erhöhte Disposition Genesender zu Neuerkrankungen.

Viel mehr als für Krankenhäuser ist für Genesungsheime die Trennung der Geschlechter erforderlich, denn die erwachende Lebenslust und -Kraft würde zu bedenklichen Missständen führen, wenn man auch durch die vorherige Beobachtung im Krankenhause (dem aber auch nicht alle Insassen entstammen) sittlich verdächtige Elemente vom Reconvalescentenheim fern halten kann und wird.

Das Urtheil, welches man in Deutschland über so viele Maassnahmen zur Hebung der Volksgesundheit und des Volkswohls fällen muss, dass ihnen die Einheitlichkeit fehlt und dass darum vielfach werthvolle Kräfte durch Zersplitterung verloren gehen, trifft auch auf die Genesungsstätten zu. Die Einrichtungen derselben sind so verschiedenartig, wie die Veranstalter, wie das Folgende zeigen wird.

Zuerst sind es auch wieder — man darf wohl sagen: naturgemäss — die wohlthätigen Vereine, welche derartige Institute schufen. Und es bleibt jedenfalls die Begründung und Erhaltung von Genesungsheimen so lange auf die Wohlthätigkeit und Unterstützung von Privaten, Vereinen und Genossenschaften (sei es weltlicher, sei es kirchlicher Art) angewiesen, als sie von der Armenpflege und sonstigen öffentlichen Einrichtungen oder von den allgemeinen Krankenhäusern nicht unternommen werden und als deren Bestandtheile zu gelten haben. Es ist zur Zeit freilich noch in absolut ungenügender Weise in das Publikum gedrungen, welcher Werth den Reconvalescentenheimen zuzuschreiben ist, und welche ungeheuere Nothwendigkeit sie sind, andererseits, wie die allgemeinen Krankenhäuser durch ausgiebige Erbauung und Benutzung jener entlastet und damit zu billigerem Betriebe oder erhöhter Thätigkeit befähigt werden.

## Genesungsstätten einzelner Vereine — Privatgründungen.

Eines der bekanntesten Genesungsheime ist dasjenige des Frankfurter Vereins für Reconvalescentenanstalten zu Neuenhain bei Soden im Taunus. Es liegt an der von Soden nach Königstein führenden Landstrasse auf einer Terrasse, etwa 250 m über dem Meeresspiegel, südlich vom Feldberg und Altkönig weit hinabschauend in die herrliche Mainebene und hat Platz für 70 Insassen. Die Eröffnung fand am 27. September 1879 statt, das Protectorat übernahm Ihre Majestät die Kaiserin Friedrich. Die ärztliche Leitung hat Dr. Haupt Soden, ihm stehen Victoriaschwestern zur Seite.

Die Anstalt nimmt Genesende jeder Art auf. Krankheiten der Athmungsorgane und Constitutionskrankheiten stellen die meisten Pfleg-

linge. Ausser den Frankfurter Ortskrankenkassen und dem Heiligen-Geisthospital, geben auch die Ortskassen aus der Nachbarschaft, sowie die Betriebskrankenkasse der Höchster Farbwerke ihre Genesenden dahin ab; ferner die Versicherungsanstalten zu Cassel und Darmstadt ihre schonungsbedürftigen und besserungsfähigen Invaliden.

Der tägliche Verpflegungssatz beträgt für Krankenkassen 1,50 M., für Private 2 M. Unentgeltliche Pflege wird durch einige Fonds ermöglicht. Die Insassen entstammen dem Verzeichniss nach aus allen möglichen Berufen, sie verlassen oft mit den Aeusserungen herzlicher Dankbarkeit die Stätte. Das Haus nimmt nur Männer und Knaben auf, weibliche Genesende werden der Frankfurter „Maincur" zugewiesen.

Die Kosten für den Verein betrugen in den einzelnen Jahren pro Kopf 2,06 M., 1,84 M., 1,95 M., 2,68 M., 2,33 M., d. h. im Durchschnitt 2,17 M., die Verpflegungskosten einschliesslich des Personals 1,58 M., 1,63 M., 1,03 M., 1,13 M., 1,14 M. d. h. im Durchschnitt 1,30 M.; es scheint sich in den letzten Jahren infolge voller Besetzung und gesammelter Erfahrungen eine gewisse Norm herausgebildet zu haben. — Im ersten Bericht finden sich 764,82 M. für 8498 Flaschen Bier verzeichnet, dagegen nur 1216,44 M. für 7609 Liter Milch. Hoffentlich hat sich das Verhältniss, den richtigen modernen Anschauungen über den Werth alkoholischer Getränke Rechnung tragend, geändert.

Die Dauer des Aufenthalts beträgt gewöhnlich 3—4 Wochen; in den ersten 6 Jahren sind fast 2000 Genesende mit etwa 50000 Verpflegungstagen daselbst gewesen, eine Zahlenangabe, welche den Segen solcher Anstalten klar machen kann.

In München hat seit 33 Jahren der Reconvalescenten-Unterstützungs-Verein ein eigenes Haus (Baumstrasse 16), in welchem sowohl 20 arme, als auch in einem besonderen „Pensionat" zahlende Genesende, ferner Angehörige von Berufsgenossenschaften aufgenommen werden; eine bestimmte Anzahl Betten steht dem Magistrate zur Verfügung. Die Führung der Hauswirthschaft hat durch besonderen Contract der „Orden der armen Franziskanerinnen in Mallersdorf" übernommen. Die Verpflegung ist folgendermaassen festgesetzt: I. Gewöhnliche Kost: Morgens: Kaffee $^1/_4$ Liter mit Mundsemmel und 15 g Zucker oder Milch $^1/_4$ Liter mit Mundsemmel; Vormittags 10 Uhr: nach Bedürfniss einen Teller Fleischsuppe; Mittags 12 Uhr: $^1/_2$ Liter Suppe, in täglicher Abwechslung, 200 g Rindfleisch, gesotten und beinlos, $^1/_2$ Liter Gemüse in täglicher Abwechslung, Brot zu 3 Pfg., $^1/_2$ Liter Bier für Männer, $^1/_4$ Liter Bier für Weiber; Nachmittags 3 Uhr: nach Bedürfniss Brot mit Butter oder etwas Obst; Abends: $^1/_4$ Liter Suppe, in täglicher Abwechslung, 180 g Kalbsbraten, beinlos mit Salat, 1 Stück Brot zu 3 Pfg. und $^1/_2$ Liter Bier. II. Ausserordentliche Kost: Am Neujahrstage, Ostern, Pfingsten und Weihnachtstag hat neben der gewöhnlichen Kost Mittags jeder Pflegling zur Suppe 1 Paar Bratwürste, am Kirchweihsonntag 2 Kirchweihnudeln zu erhalten.

Es dürfte nicht uninteressant sein, wenigstens von einer solchen

Anstalt die Hausordnung kennen zu lernen. Die Münchener lautet wie folgt:

1. Die Aufrechterhaltung der häuslichen Ordnung ist drei Schwestern des Franziskanerinnen-Ordens von Mallersdorf übertragen, welche die Führung der Hauswirthschaft und die Verpflegung der Pfleglinge zu besorgen haben.

2. Die Pfleglinge haben daher den Anordnungen der Genannten stets willige Folge zu leisten und die schuldige Achtung zu erweisen.

3. Gegen Streit, Zank, liebloses Begegnen, Rohheit und Unverträglichkeit hat die Frau Oberin einzuschreiten.

4. Die Anordnungen des Hausarztes sind pünktlich zu befolgen und ihm und den die Anstalt besuchenden Ausschussmitgliedern achtungsvoll entgegenzukommen.

5. Tabakrauchen, Spielen um Geld, Trinken im Vereinslokale ist verboten.

6. Die Pfleglinge dürfen die Zimmer der Anstalt nur mit den ihnen zur Benützung überlassenen Pantoffeln betreten und sind ihnen desshalb die Mittel, sich ihrer beschmutzten Fussbekleidung ausserhalb derselben zu entledigen, an die Hand gegeben.

7. Im Sommerhalbjahre vom 1. April bis letzten September wird gegen $7^1/_2$ Uhr, im Winterhalbjahre gegen 8 Uhr, nachdem vorher die Pfleglinge ihre Betten zu machen, sich zu waschen, kämmen und anzukleiden haben, das Frühstück genommen.

8. Das Mittagessen wird um 12 Uhr, das Abendessen in den Sommermonaten um $^1/_2 7$ Uhr, in den Wintermonaten um 6 Uhr gereicht.

9. Die Pfleglinge dürfen um 8 Uhr Vormittags und Nachmittags um 1 Uhr ausgehen, müssen aber eine halbe Stunde vor dem Mittag- und Abendessen wieder in der Anstalt eintreffen.

10. In den Sommermonaten gehen die Pfleglinge längstens gegen 9 Uhr, in den Wintermonaten längstens um 8 Uhr zu Bette.

11. Pfleglinge, welche sich der Hausordnung nicht fügen, werden nach Umständen sogleich aus der Anstalt entlassen.

12. Chronisch Leidende, welche, von einer acuten Steigerung geheilt, als Reconvalescenten vom Spitale in die Anstalt aufgenommen werden, können trotz ihres fortbestehenden chronischen Leidens höchstens 30 Tage in der Anstalt verbleiben.

13. Neu aufgenommene Reconvalescenten haben bei ihrem Eintritt in die Anstalt ihre bei sich tragenden Werthsachen, als: Geld, Uhren, Ringe etc. etc. der Frau Hausoberin zu übergeben, da ausserdem keine Haftung übernommen wird.

Eine Reconvalescenstation in Braunlage am Harz für Genesende (sobald sie einer ärztlichen Ueberwachung nicht mehr bedürfen) — Blutarme, — körperlich Geschwächte, oder Ueberanstrengte aus den weniger bemittelten Ständen (Arbeiter, Handwerker, Unterbeamte etc.) hat der Krankenpflege-Verein Schönebeck an der Elbe errichtet.

Dieser Verein ist wieder als ein anderer Typus zu betrachten, da sein Hauptzweck ein sehr weitfassender ist. „Zur Erreichung seiner Ziele unterhält der Verein als Bildungsstätte für die Krankenpflegerinnen eine mit Wohnräumen für die Letzteren versehene Krankenanstalt, in welcher, soweit es die äusseren Verhältnisse gestatten, jedem Kranken Aufnahme gewährt wird, — er sorgt für die Unterbringung von Siechen und Genesenden, — er hält die ausgebildeten Krankenpflegerinnen für die Privatpflege (Familienpflege), wie für die öffentliche Krankenpflege (Gemeindepflege) zur Verfügung, — er beschafft endlich Krankengeräthe und Verbandmittel, die unentgeltlich an Unbemittelte verliehen oder vergeben werden können.“

Wo die Mittel, ein eigenes Gebäude zu errichten, nicht vorhanden sind, lässt sich mit freien Stationen (Unterbringung in Gasthäusern, bei Landleuten) oder mit Benutzung von andrer Seite geleiteter Genesungshäuser viel erreichen. Diese Praxis befolgen die rheinländischen Vereine, zuerst der Verein zur Verpflegung Genesender in Köln. Dieser wurde gegründet, um den Krankenkassen die Gelegenheit zu verschaffen, ihre Genesenden in zweckmässiger Weise unterzubringen. Er unterhält jetzt 7 Stationen, davon 5 für Genesende, Benrath, Frauenthal und Mehlem für Männer, Bensberg und Godesberg für Frauen (Wissen und Uckerath für Lungenkranke, siehe Abtheilung II, 2 im 1. Bande dieses Werkes). Zwei oder drei Personen werden in einem Zimmer untergebracht, gemeinsame Unterhaltungsräume sind vorhanden. Godesberg steht unter einem besonderen Curatorium und wendet seine Fürsorge namentlich Lehrerinnen zu. In den anderen Stationen zahlen Krankenkassen 1,00 M., Vereinsmitglieder 1,50 M., fremde Privatpersonen 2,00 M. Der Aufenthalt dauert 2 bis 4 Wochen. Dem Aufnahmegesuche ist ein ärztliches Zeugniss darüber beizufügen, dass die betr. krank gewesen und nunmehr wiederhergestellt sei, und dass der Zustand jede Ansteckung und Belästigung dritter ausschliesse, auch keiner besonderen Krankenpflege bedürfe. Nicht aufgenommen werden: Alkoholiker, Fallsüchtige, Geistesgestörte und Geschlechtskranke.

Die Beköstigung ist folgende: Erstes Frühstück: Kaffee oder 1/2 Liter Milch mit Schwarzbrod und Weissbrod. Zweites Frühstück: Butterbrod mit Ei und Milch oder Bier. Mittagessen: Suppe, Gemüse und Kartoffeln und Fleisch. Vesperbrod: wie erstes Frühstück. Abendessen: Suppe und Butterbrod mit Fleischaufschnitt und Bier oder warme Fleischspeise mit Kartoffeln und Salat nebst Bier oder Thee. Auch die Uebernahme der Kosten für die Rückreise wird vom Vereine geleistet. Als Aufnahmealter wird das Alter von 16 bis 65 Jahren festgesetzt.

Ueber die Fürsorge für genesende Arbeiter und Arbeiterinnen von Seiten des bergischen Vereins für Gemeinwohl, Ortsgruppe Barmen im Jahr 1896 sagt der Bericht, das ganze Vorgehen des Vereins bezeichnend (Gemeinwohl 10. Jahrgang 1897—98. No. 2):

„Am stärksten wurden unsere Thätigkeit und Mittel durch die von uns in einem von Jahr zu Jahr wachsenden Umfange und Erfolge geübte Fürsorge von Reconvalescenten in Anspruch genommen.

Wir beschränken dabei unsere Arbeit nicht auf die eigentlichen Fabrikarbeiter und -Arbeiterinnen, sondern suchen uns im Rahmen der uns auf unseren Reconvalescenten-Stationen zur Verfügung stehenden Betten und unserer leider einer solchen Aufgabe gegenüber beschränkten Mittel auch anderer würdiger und bedürftiger Genesenden aus den weniger bemittelten Ständen, Handwerksgesellen, Tagelöhner, Wäscherinnen, Näherinnen anzunehmen.

Die Auswahl geschieht ohne Rücksicht auf Konfession und Parteistellung lediglich nach gewissenhaften Ermittelungen über Würdigkeit und Bedürftigkeit der Angemeldeten und auf Grund ebenso gewissenhafter ärztlicher Prüfung, ob die Aussendung nach Curorten nach menschlichem Ermessen zu dem erhofften Ziele der möglichst vollständigen Wiederherstellung von Gesundheit und Arbeitskraft zu führen verspricht. — 54 bleichsüchtige und blutarme Mädchen sandten wir wie in den vergangenen Jahren für 3 bis 5 Wochen nach Godesberg, wo sie im Genesungshause liebevolle Aufnahme und vorzügliche Pflege fanden, einige Mädchen mussten wir aus Mangel an Raum im Genesungshause im Hause „Philadelphia" unterbringen, wo sie ebenfalls treffliche Unterkunft fanden. Für die 54 Pfleglinge betrug bei einer Curdauer von 4—6 Wochen für den einzelnen die Zahl der Verpflegungstage im ganzen 1708. Der Curerfolg war ein günstiger; dafür spricht auch der Umstand, dass in diesem Jahre sich nur sehr wenige Pfleglinge des Vorjahres zur Wiederholung ihrer Cur gemeldet haben. Die Besserung war, soweit bis jetzt ersichtlich, eine gründliche und andauernde. Die Zunahme des Körpergewichts betrug im einzelnen $1^1/_2$—$8^1/_2$ Pfd. Nur in 5 Fällen war der Erfolg ein geringer; es handelte sich da um starke Bleichsucht. Bei solchem Grad des Leidens hält unser Godesberger Arzt, Herr Dr Pohl, eine Cur von 6—8 Wochen für wünschenswerth.

Für dieses Jahr ist die Errichtung einer eigenen Anstalt für weibliche Genesende in Godesberg in Angriff genommen. Zu dem Zwecke haben wir dort ein Haus für drei Jahre gemiethet und nach erfolgter Renovirung zu einem Pflegehaus zweckmässig eingerichtet. Es enthält ausser dem Speise- und Gesellschaftszimmer, der Küche, dem Küchenzimmer, dem Wasch- und Baderaum noch 11 Zimmer, sodass neben der Vorsteherin und dem Dienstmädchen 12 Pfleglinge dort bequem Platz haben. Die grösseren Zimmer enthalten je zwei Betten, die anderen nur je eins. Das Hauswesen sowie die Verpflegung der Genesenden wird eine zum Diakonissenberuf vorgebildete Schwester besorgen. Nach beiden Seiten hat sie Erfahrung; sie wird durch eine Dienstmagd unterstützt werden."

„Ferner wurden 26 schwächliche, eines Soolbades bedürfende männliche und weibliche Reconvalescenten zu vier- und sechswöchentlicher Cur nach Königsborn und Unna entsandt. Die Pfleglinge litten an

Gicht, Rheumatismus (oft verbunden mit Herzklappenfehlern), ferner besonders an chronischen Nervenkrankheiten und Unterleibsleiden. In 9 Fällen war der Erfolg ein guter, in 15 Fällen ein ziemlich guter, und in 2 Fällen war nur eine geringe Besserung eingetreten. Die Gewichtszunahme schwankte zwischen 1 und 11 Pfd. Auf die 26 Pfleglinge kamen 790 Verpflegungstage, auf einen also im Durchschnitt 30 Tage."

Auch die Düsseldorfer Ortsgruppe desselben gemeinnützigen Vereins hat seit Mitte 1895 die Pflege reconvalescenter Arbeiter in ihr Programm aufgenommen. 1895 wurden 7 verschickt, 6 in das Genesungshaus Elberfeld, 1 nach Neuenahr, 1896 11 nach Godesberg und Honnef, 1897 17, davon 7 in das Soolbad Königsborn, 7 nach Godesberg, 2 nach Nunweiler, 1 nach Ems; die Gesammtkosten dieses Jahres betrugen 1500 M. Die Arbeiter würdigten diese Maassnahmen mit grosser Dankbarkeit. (Zeitschrift der Centralstellen für Arbeiterwohlfahrt 1898. No. 2.)

Ueber einige in neuster Zeit geplante Unternehmungen sind endgültige Beschlüsse — insbesondere hinsichtlich ihrer Verwaltung und Aufnahmebedingungen — noch nicht gefasst. Doch wird man mit Erbauung nachgenannter Stätten beginnen.

In Baden haben Gewerbekammern und Gewerbevereine bis jetzt 320000 M. gesammelt und ihrem Grossherzoge zum 70. Geburtstage überreicht: es sollten einige Erholungsstätten für Arbeiter — mit Ausschluss lungenkranker — begründet werden. Die Leitung der Geschäftte hat vorläufig Kommerzienrath Haas, Director der Zellstofffabrik zu Mannheim-Waldhof. Man erstrebt die Herstellung eines die Angelegenheit thätiger betreibenden Vereins.

In Stuttgart betreibt man die Errichtung eines Genesungsheims für Minderbemittelte in Schwarzwald bei Freudenstadt -- zunächst für 60 bis 70 Pfleglinge. Die Aufzunehmenden sollen den Verpflegungsaufwand decken, 1,50—2,50 M. p. Tag. Ein Bauplatz ist geschenkt, etwa 20000 M. sind gestiftet worden.

Der durch Errichtung zahlreicher Krankenhäuser und Heilstätten an der Krankenpflege rege betheiligte Johanniterorden hat u. a. in Sterkrade auch eine mit für Reconvalescenten bestimmte Anstalt erbaut.

Das Directorium des Sächsischen Landesvereins zur Pflege verwundeter und erkrankter Krieger stellt seine, fern vom Lärme und Staube der Grossstadt Dresden in Loschwitz gelegene deutsche Heilstätte für 2,50 M. (5—12 M. bei Einzelzimmern) auch Genesenden zur Verfügung.

Der Oddfelloworden, jener, der Freimauerei ähnliche Bund zur Unterstützung und sittlichen Ausbildung ihrer Mitglieder hat in Greiz ein Genesungshaus, in welchem seine Angehörigen zuerst berücksichsigt werden. Es wird gewährt freie Fahrt, Freibett oder volle Pension.

Ein freies Comité in Hamburg besorgt armen alten Leuten

Aufenthalt in Sommercolonien zur Erholung (Zeitschrift für Arbeiter-Wohlfahrt 1. Seite 16).

Dies sind wiederum einige Quellen, aus denen die Genesenden versorgt werden. Der Löwenantheil aber fällt wohl hierin mit den Vereinen für innere Mission zu. Aber auch hier schrieb einer der besten Kenner: „Es giebt wohl keine einzige mündliche oder schriftliche Auskunftsstelle über die Genesungsheime der innern Mission, die vollständig sein könnte. Ihre Zahl ist so gross, ihre Art so verschieden! Sie liegen auch oft auf der Grenze von innerer Mission und gewöhnlicher Humanität, sowie auf der von Werk der Liebe und geschäftlicher Unternehmung.“ Es fehlt eben bei uns die Centralstelle, welche sich mit practischer mehr, als wissenschaftlicher Hygiene befasst, welche dann auch alle Berichte und Schriften über dieses Stiefkind der Krankenfürsorge sammeln, sichten und verwendbar machen würde.

Der Stadtverein für innere Mission zu Leipzig z. B. besitzt ein Genesungsheim für Weiber in Crostewitz. Das für Männer in Lauer errichtete hat wegen unzureichender Benutzung wieder aufgegeben werden müssen, und so hat man auch männliche Pfleglinge und Kinder in Crostewitz untergebracht. Das Pflegegeld beträgt pro Woche 10 M., für ein Einzelzimmer 12,50 M. Ein grosser Garten und umliegender Wald bieten prächtige Gelegenheit zum Ergehen im Freien. — Die Anstalt stellt Bett mit Bettwäsche und Handtücher zur Verfügung. Im Uebrigen haben die Pfleglinge mit Wäsche und Kleidung sich selbst zu versorgen. Die Kost ist ausreichend und kräftig: erstes Frühstück: Kaffee oder Milch mit Brötchen und Zucker; zweites Frühstück: Butterbrot und Bier oder Milch oder Cacao; Mittagessen: an zwei Tagen in der Woche Braten und an den übrigen Tagen gekochtes Fleisch mit Gemüse resp. Milchspeisen, dazu Bier; Vesper: Kaffee oder Milch mit Brötchen und Zucker; Abendbrot: Butterbrot mit Zukost und Bier oder Milch. 1895 wurden verpflegt 69 Frauen und Mädchen und 9 Männer und Knaben.

In Sachsen ebenfalls befindet sich in der Chemnitzer Gegend ein — mit einem (Kinder-) Bethlehemstift verbundenes — Genesungsheim der inneren Mission, welches allen anderen darin gleicht, dass immer alle Plätze auf lange Zeit hinaus im Voraus besetzt sind, welches sich aber von vielen dadurch unterscheidet, dass es lediglich durch die zähe Energie eines einzigen Mannes zusammengebracht worden ist. Auch darüber einige charakterisirende Worte: „Das Genesungsheim, hoch und am Walde gelegen, nimmt in der Zeit von Mitte April bis Anfang October erholungsbedürftige (nicht bettlägerige) Frauen und Mädchen gegen einen täglichen Pflegesatz von 1,20 M. für den vollen Unterhalt auf.

Ausgeschlossen sind mit ansteckenden Leiden behaftete Personen.

Zimmer für nur 1 Person sind nicht vorhanden, es schlafen immer 2—3 Personen zusammen. Die Mahlzeiten werden in dem gemeinsamen Wohnzimmer oder im Freien an Einem Tische eingenommen.

Die Reinigung der Zimmer haben die Genesungsheimlerinnen abwechselnd zu besorgen.

Wer an Federbett gewöhnt ist, muss solches mitbringen.

Für ärztliche Behandlung kommt das Heim nicht auf".

Als beste deutsche Reconvalescentenanstalt bezeichnet Hägler das Hospiz Lovisa in der Ruppertsau bei Strassburg, errichtet von einem Legate eines Privatmannes an das Bürgerhospital zu Strassburg, 4 km von dieser Stadt entfernt. Wir treten damit den durch den Wohlthätigkeitssinn einzelner Männer erstandenen Anstalten näher.

Es finden dort auch schwache, insbesondere scrophulöse Kinder und blutarme Mädchen Aufnahme. Die Anstalt liegt in einem grossen Parke zwischen Wald und Wiesen und besteht, abgesehen von den Neubauten,

Fig. 1.

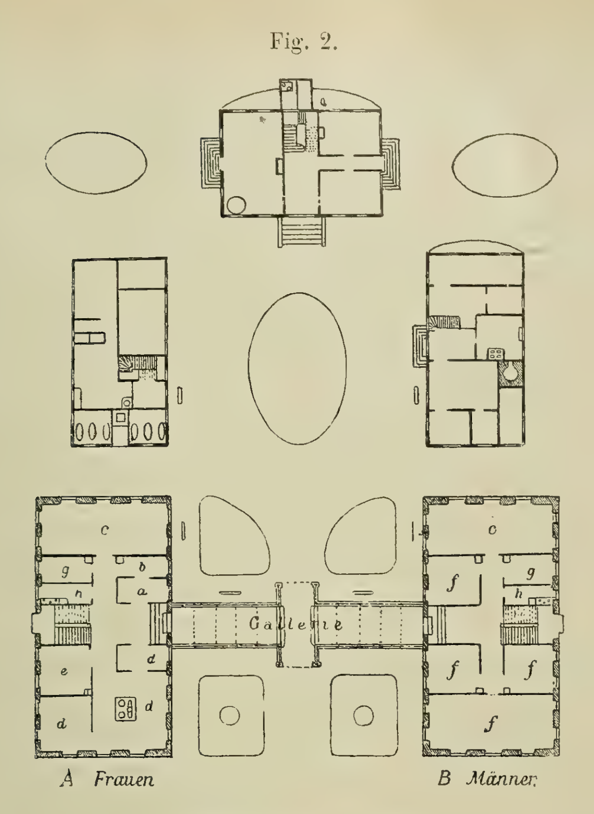



Hospiz Lovisa. Lageplan.

A Pavillon für Frauen. B Pavillon für Männer. C Verbindungsveranda. D Bäder und Waschküche EF Häuser für überzählige Frauen und Feriencolonisten. G Pförtnerhaus. H Manège Wasserthurm). K Orangerie und Gewächshaus. L Treibhaus. M Scheune und Stallung.

Maassstab = 1 zu 2000.

Fig. 2.




Hospiz Lovisa. Grundriss.

a Bureau, b Arzt, c Tagraum und Speisesaal, dd Küche und Dependenzien, e Zimmer der Schwestern, f Schlafzimmer mit je 2—6 Betten, g Cabinet de toilette, h Closets. — Im ersten Stockwerk jeden Pavillons befinden sich 6 Schlafzimmer mit je 3—6 Betten.
Maassstab = 0,002 p. Meter.

aus 2 durch eine Glasgalerie verbundenen 25 m langen und 13 m breiten mit einem Stockwerke versehenen Häusern für im Ganzen 70 Pfleglinge beider Geschlechter. Das Bürgerhospital verwaltet sie und gewährt in der Ueberzahl freie Verpflegung. Die Kosten betragen 1,90 M., für Kinder 1,40 M. pro Tag. Die Durchschnittsdauer des Aufenthalts ist 14 Tage. Ist Platz vorhanden, so können auch Genesende aus der Stadt, dazu in besonderer Abtheilung auch erholungsbedürftige (scrofulöse) Kinder, zumeist unentgeltlich, Unterkunft finden.

Im Erdgeschoss des Frauenpavillons befinden sich Küche, Vorrathskammer, Verwaltungsbureau und Arztzimmer, ein Schwesternzimmer und der diesseitige Speisesaal, zugleich Tagesraum. — Weiterhin Waschzimmer und Closet. Im ersten Stock liegen die Schlafzimmer zu je 2 bis 6 Betten mit 4 m Zimmerhöhe. Im Männerpavillon finden sich auch im Erdgeschoss Schlafzimmer.

Gas- und Wasserleitung, sowie Badeeinrichtung sind vorhanden. Vom 1. Juli 1880 bis 31. März 1897 wurden 8437 Pfleglinge aufge-

nommen. Obiger Ausspruch Hägler's als eines sachverständigen Beurtheilers möge die Mittheilung der Pläne dieser Anlage rechtfertigen.

Ebenfalls einer privaten Stiftung, des Freiherrn Julius von Knoop in Wiesbaden zum Andenken an seinen verstorbenen Sohn, verdankt das Theodorhaus in dem reizenden Taunusdörfchen Eppenhain seine Entstehung. Es ist für erholungsbedürftige Mädchen (Näherinnen, Ladnerinnen etc.) bestimmt. Von 4 zu 4 Wochen wechseln die 14 Insassen. Die Erfolge sind bei guter, reizloser Kost sehr gut. Auch auf leichte Thätigkeit wird gehalten. Mindestens 2 Pfleglinge müssen jeden Tag der Hausmutter bei den häuslichen Arbeiten, insbesondere bei dem Reinigen der gemeinsamen Räume (Flure, Treppen, Esszimmer, Küche etc.), beim Kochen und den Vorarbeiten dazu, beim Abwaschen des Geschirrs, Decken und Abdecken des Tisches, behilflich sein. Die Hausmutter wird dabei einen möglichst regelmässigen Wechsel von Tag zu Tag eintreten lassen, so dass alle Pfleglinge annähernd gleichmässig herangezogen werden.

Eine Stiftsanstalt, welche mit dem Magistrate einer Stadt in Verbindung steht, ist das in der Oberlössnitz bei Dresden gelegene „Genesungsheim für ehrbare Frauen und Mädchen" „Augustenhaus". Es nimmt bezeichnete Personen auf, welche der Erholung und Kräftigung, nicht aber mehr ärztlicher Behandlung bedürfen. Aufenthaltsdauer durchschnittlich 4 Wochen. Das Pflegegeld beträgt 1,40 M. pro Tag.

Auch Krankenpflegerinnen, welche in den städtischen Krankenanstalten längere Zeit gewissenhaft und opferfreudig ihren Dienst verrichtet haben und zeitweilig der Ruhe und Erholung bedürftig geworden sind, können im Augustenhaus Aufnahme finden. Ausgeschlossen von der Aufnahme sind Fallsüchtige, Schwindsüchtige, Geschlechtskranke und Gewohnheitstrinkerinnen. Die Aufnahme in das Augustenhaus wird durch das Stiftsamt des Rathes zu Dresden verfügt, woselbst die Aufnahmegesuche schriftlich oder mündlich anzubringen, auch die erforderlichen Fragebogen zu entnehmen sind. Dresdener Einwohner erhalten bei gleicher Würdigkeit und Bedürftigkeit vor Auswärtigen den Vorzug.

Genannt zu werden verdienen ferner zwei Genesungsstätten, da sie aus der Privatchatulle eines hochherzigen Fürsten errichtet wurden. Es sind dies Niederndorf und Harpersdorf, welche der Fürst Heinrich XIV. Reuss j. L. erbaut, eingerichtet und ausgestattet hat. Das erste wurde am 1. Mai 1891 eröffnet. S. Durchlaucht hatte das fürstliche Jagdschloss zu Niederndorf zu diesem Zwecke zur Verfügung gestellt und es wurde solches durch Mittel, welche der Fürst und die wohlhabenden Bewohner des Landes bewilligten, in ein Genesungsheim, und zwar für männliche bedürftige Genesende verwandelt. Die guten Erfolge, welche durch solches für Glieder der ärmeren Bevölkerungsklassen erzielt wurden, bestimmten den Fürsten, ein zweites Genesungsheim auf seine Kosten errichten zu lassen. Er liess in prächtigster Gegend das Genesungshaus Harpersdorf erbauen, einrichten und mit Betriebsmitteln ausstatten und stellte es sodann dem Lande zur Benutzung.

Es wurde am 1. Mai 1897 eingeweiht und der Pflege männlicher bedürftiger Genesender überwiesen. Das Genesungsheim Niederndorf wurde alsbald seiner wenig bergigen und abgeschlossenen Lage halber zu einer Heimstätte für bedürftige weibliche Genesende umgewandelt und am gleichen Zeitpunkte wieder eröffnet.

Zugleich stiftete der Fürst für dieses Genesungsheim eine neue Bibliothek, da die bisher dort befindliche nach Harpersdorf überführt worden war. Das Genesungsheim Niederndorf zählte zunächst 15 Betten, wurde aber bald auf 20 Betten gebracht, und es gestatten die Räume des Jagdschlosses eine allmähliche Vermehrung der Zahl der Betten auf 60. Harpersdorf zählt jetzt 15 Betten, die vorhandenen Räume erlauben auch hier eine Vermehrung der Bettenzahl. — Die Genesungshäuser stehen zur Verfügung nicht nur für die Arbeiterbevölkerung, sondern auch für den kleinen Gewerbtreibenden, den selbständigen kleinen Handwerker, den geringer besoldeten Beamten, Lehrer und deren Familienglieder. Aufnahme kann jeder bedürftige Genesende finden, für welchen pro Tag und Kopf ein Verpflegungsbeitrag von 2,00 M. sichergestellt ist. Dafür wird gewährt Kost in ausreichender Weise, Wohnung, Wartung und Pflege, Wäsche, ärztliche Ueberwachung. Es werden nicht nur Angehörige des Fürstenthums Reuss j. L., sondern auch, soweit der Platz reicht, Angehörige anderer deutschen Staaten aufgenommen. Für den sehr bevölkerten unterländischen Bezirk des Fürstenthums insbesondere werden beide Genesungsheime zu einer grossen Wohlthat; der Fürst Heinrich XIV. hat sich durch Begründung derselben ein bleibendes Denkmal gesetzt. (Volkwohl.)

Eine hervorragende Ausnahmestellung nimmt Harpersdorf gerade dadurch ein, dass es auch den Bedürftigen aus dem Mittelstande offen steht, für welchen die sociale Gesetzgebung, öffentliche Fürsorge, wie private Wohlthätigkeit bisher nur in verschwindendem Maasse eingetreten sind.

Zum Schlusse möge hier noch das grossartige Unternehmen eines Mannes genannt werden, dessen Namen wir noch bei den Krankenkassen begegnen werden. Der Vorsitzende der Leipziger Ortskrankenkasse, Commerzienrath Dr. Willmar Schwabe, hat einen ganzen Badeort, das Augustusbad bei Radeberg in Sachsen, gekauft, um dort einen Genesungsort für Minderbemittelte zu schaffen, welcher von einem Curatorium geleitet werden soll. Augustusbad, das älteste sächsische Heilbad, durch Kurfürst August dem Starken dazu ernannt, gegründet im Jahre 1719, liegt in einem reizenden Seitenthale des Röderflusses, mitten in einem ausgedehnten, das lieblichste Gemisch von Laub- und Nadelholz enthaltenden hügeligen Waldparke. Das Bad umfasst 15 Gebäude mit ca. 250 Zimmern und einer Badeeinrichtung, bestehend in vier Badehäusern mit 46 Badezellen, darunter sechs grosse Moorbadezellen. Ein Wohngebäude dient seit Jahren als „Bethlehemstift“, da die fünf Heilquellen von Augustusbad besonders auch für schwächliche, bleichsüchtige und skrophulöse Kinder sich vorzüglich bewährt haben

Als Uebergang zu den von staatlicher oder städtischer Seite gegründeten Anstalten seien die von solchen Instituten ins Leben gerufenen Heime erwähnt, deren Angehörige meist einige Erholungswochen nöthig haben: von den Diakonissenhäusern. Genannt seien z. B. die in St. Andreasberg im Harz gelegenen Häuser Elim der Hannöverschen, Jordanshöhe der Braunschweiger Schwestern, Niederlössnitz für die Dresdener Diakonissenanstalt, Baden-Baden für die des gleichnamigen Landes. Eine mit Lehrinstitut verbundene Stätte ist das Töchterheim des evangelischen Diakonievereins Norderney.

## Unternehmungen von Gemeinwesen.

Grössere und kleinere Gemeinden sind es ferner, welche sich die Errichtung von Genesungshäusern angelegen sein lassen.

Berlin hat 2 städtische Heimstätten für Genesende (s. ausserdem Abschnitt 2 d. C. Fürsorge für Lungenkranke), und zwar auf den Rieselgütern, eins im Norden, Blankenburg, eins im Süden der Stadt, Heinersdorf. Zunächst sind zwei inmitten von Wald, Aeckern und Wiesen befindliche herrschaftliche Häuser besetzt, doch geht man mit weiterem Bau von Wohnhäusern um. Aufnahme suchende Kranke, welche bedürftig sind, können Freistellen erhalten. Auf dem Wege der Wohlthätigkeit wird für Unbemittelte oder ausgesteuerte Krankenkassenmitglieder gesorgt. Dem Curatorium stehen dafür 2000 M. für jede Station jährlich zur Verfügung. Krankenkassen und verwandte Einrichtungen zahlen den Pflegesatz. Täglich werden an die Centralstelle zu Berlin die Berichte über Zahl der freien, neu belegbaren Betten gemeldet und dementsprechend dort die, soweit nicht Insassen der Berliner Krankenhäuser in Frage kommen, mit ärztlichem Scheine versehenen Aufnahmegesuche erledigt. Der Transport der Aufzunehmenden erfolgt von der nächstgelegenen Bahnstation aus per Wagen durch die Gutsverwaltung. Geisteskranke, Tuberculöse, Syphilitiker und Alkoholiker werden nicht aufgenommen. Das Curatorium setzt sich aus 2 Gliedern des Raths und 3 Stadtverordneten zusammen.

In dem einen, südlich von Berlin gelegenen Heim, Heinersdorf, finden 60 Männer Unterkunft. Es ist ein grosser Schlafsaal vorhanden, daneben Einzelräume für 2—5 Betten. Der geräumige Speisesaal dort dient zugleich als Aufenthaltsort bei ungünstiger Witterung; Bücherei, Gesellschaftsspiele stehen zur Benutzung, im Park befindet sich eine Kegelbahn. Die Pfleglinge dürfen sich auch ausserhalb des Parkes ergehen, müssen sich aber zu den Mahlzeiten einfinden. Bei diesen wird für Abwechslung möglichst gesorgt, vorzugsweise wird Fleisch und Gemüse verabreicht. Ein Arzt aus der Nachbarschaft besucht ein bis zweimal wöchentlich die Anstalt, zwei Victoriaschwestern mit Hilfspersonal versorgen die Insassen. Für gutes Trinkwasser und Bäder ist gesorgt.

In Blankenburg finden im Sommer 70, im Winter 54 Frauen

Aufnahme; seit 1890 besteht dort auch ein Wöchnerinnenheim unter Leitung einer durchgebildeten Victoriaschwester.

Im Jahre 1895 wurden verpflegt 598 Frauen, darunter 25 Wöchnerinnen mit 23 Säuglingen; in Heinersdorf 527 Männer. Der tägliche Kostenaufwand betrug nach dem Rechnungsjahre (Roth. Kreuz, 1896, No. 2) 1893/94 M. 2,20. Man hofft aber bis auf 2 M. gelangen zu können.

Zumeist finden Aufnahme Reconvalescenten von Typhus, Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis, Rheumatismus und chirurgischen Erkrankungen, namentlich auch Operirte. — Von den Frauen sind ein Drittel Blutarme oder Bleichsüchtige, viele Operirte und auch Hysterische.

Der Aufenthalt ist im Allgemeinen auf 3 Wochen berechnet, kann aber auf 5 verlängert werden. Die Gewichtszunahme bei der Entlassung wird auf 3—4 kg angegeben.

An sich lassen ja wohl seit Weyl's Darlegungen hygienische Bedenken gegen die Lage auf den Rieselfeldern sich nicht vorbringen. Wer indessen einmal an einem sonnigen Sommertage von einem der Güter zum anderen wandelte, dem steigen ebenso wie allerlei „wonnesame Düfte“ doch auch mancherlei Bedenken gegen diese Art der Versorgung Genesender auf.

Ausser diesen genannten Heimstätten stellte Justizrath Lazarus der Stadt Berlin sein in prächtigem Parke gelegenes Gutshaus Amalienhof, $1/2$ Stunde von Spandau entfernt, für Aufnahme von Genesenden zur Verfügung. Es nimmt je 10 Männer auf 4 Wochen auf. Die Pfleglinge kommen aus dem Augusta-Hospital. Aufnahmegesuche sind zu richten an den Oberbürgermeister zu Spandau.

Seitens der Stadt Bremen wird unterhalten und fast ausschliesslich benutzt das Genesungshaus zu Achterberg (Kreis Fallingbostel). — Auch das Adelenstift zu Oslebshausen nimmt Genesende aus Bremen auf.

Das Sanitätsrath Dr. Victor Friedländer'sche Zufluchtshaus in Weidenhof bei Breslau nimmt grundsätzlich nur Genesende auf, welche specieller ärztlicher Behandlung oder dauernder Beobachtung nicht mehr bedürfen. — Die Pfleglinge stammen zum grossen Theil aus dem Allerheiligenhospital; die von aussen kommenden müssen sich bei dem Oberarzte desselben (innere Abtheilung) mit ärztlichem Zeugniss, Krankenkassenmitglieder mit Bescheinigung des Eintretens der Kasse für sie, melden. Der Pflegesatz für 1897/98 ist auf 1,50 M. berechnet.

Die Stadtgemeinde Breslau erwarb das Schloss Weidenhof im Jahre 1896. Es liegt inmitten der Rieselfelder der Stadt und wurde in geeigneter Weise umgebaut. Verschiedene Gründe, insonderheit seine etwas sumpfige Umgebung, haben schon vor seinem Ankaufe lebhaften Widerspruch seitens eines Theiles des Rathes und der Stadtverordneten Breslau's hervorgerufen gegenüber der Erwerbung. Die Anstalt ist für Aufstellung von 77 Betten zureichend und zu zwei Drittheil für männliche, zu einem Drittheil für weibliche Genesende bestimmt. Wohn- und Speiseräume sind nach Geschlechtern getrennt. Es bestehen allein

21 Victor Friedländer'sche Freibetten, welche nur an vom Allerheiligenhospital empfohlene Bewerber vergeben werden dürfen, bei denen Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten steht. Der Stadtrath vergiebt die Freistellen. Seit 15. Mai 1897 verwaltet das Curatorium das Genesungsheim, dessen Räume den hygienischen Anforderungen durchaus entsprechen und mit Luftheizung, guter Ventilation und Wasserleitung versehen sind.

Seitens der Stadt Darmstadt sollen Genesungshäuser für die aus den Hospitälern Entlassenen errichtet werden. Dank der Anregung der Grossherzogin Victoria Melita wird der Plan Reconvalescentenheime zu errichten zur Zeit in grösserer Ausdehnung für ganz Hessen verfolgt unter Mitbetheilung von Mainz, Giessen, Offenbach und Worms. Der Victoria-Melita-Verein hat die Agitation in die Hand genommen. Die Grossherzogin und die Oberbürgermeister genannter Städte bilden den Vorstand. Letztere haben Ortsausschüsse gewählt.

Für vorläufige Unterbringung armer Reconvalescenten aus Darmstadt ist das Forsthaus Böllenfallthor und das Bessunger Forsthaus in Aussicht genommen: ersteres zunächst für weibliche, letzteres für männliche Reconvalescenten bestimmt. Das nöthige Mobiliar und hinreichende Ausstattung werden schon beschafft. Beide sind in der Nähe der Stadt, zeichnen sich durch gesunde Lage aus und bieten Gelegenheit zu prachtvollen Spaziergängen in den sie umgebenden weiten Waldungen und sind durch die Bahn, welche demnächst erbaut werden soll, leicht zu erreichen.

Ansteckend Kranke und Tuberculöse sollen Aufnahme nicht finden. Der Aufenthalt soll durchschnittlich 3—4 Wochen betragen.

In Frankfurt a. M. besteht seit Ende der sechziger Jahre die Reconvalescentenanstalt „Maincur", eine Zweiganstalt des „Heiligengeisthospitals". In 25 Betten gewährt sie ohne Entgelt einen durchschnittlichen Aufenthalt von 3 Wochen.

Der Gesammtaufwand für den vom Rathe zu Leipzig geplanten Bau einer Heil- und Versorgungsanstalt in Dösen nebst Genesungsheim und Siechenanstalt wird auf 3462595 Mark veranschlagt. Hiervon würden zu Lasten der Stadt (Heil- und Versorgungsanstalt, sowie Genesungsheim) 2413000 Mark entfallen, dagegen zu Lasten des Johannishospitals (Siechenanstalt) 1049595 Mark. Auf dem Grundstücke des alten Georgenhauses zu Leipzig ist der Bau eines Genesungshauses in Aussicht genommen. Hier sollen Genesende Aufnahme finden, die, nachdem ihre Heilung erfolgt ist, lediglich noch einer guten Ernährung und der Erholung zur Wiedererlangung ihrer Kräfte bedürfen, ohne welche sie noch arbeitsunfähig sein würden. Dadurch wird das Krankenhaus eine wünschenswerthe Entlastung erfahren. Dieses Genesungsheim soll in zwei Gebäuden Raum für je 70 Personen männlichen und weiblichen Geschlechts bieten.

Die Münchener Reconvalescenten-Anstalt wurde Mitte der sechziger Jahre durch einen „Reconvalescenten-Unterstützungs-Verein" be-

gründet. Später trug der Magistrat bedeutende Summen zur Unterhaltung bei, und so fiel ihm allmählich auch die Verwaltung anheim. Die Hospitäler der Stadt haben das Recht, die 18 vorhandenen Betten zu belegen. — Näheres über die Anstalt haben wir oben (Seite 712) erwähnt.

Zunächst nimmt die Anstalt arme Reconvalescenten jeder Konfession aus Münchener Krankenhäusern auf. Ist noch Platz da, so können auch andere Genesende gegen Zahlung von Verpflegungsgeld aufgenommen werden.

Mitglieder der freien Vereinigung Münchener Krankenkassen finden zur Zeit auch Unterkunft in einem (dem Sanitätsverbande für München und Umgegend unterstehenden) Genesungsheim, Oberölkofen bei Grafing, gegen Vergütung von 2 Mark p. Tag und Kopf.

Aus dem städtischen Krankenhause zu Nürnberg entlassene Reconvalescenten finden Unterkunft in dem aus Stiftungen von Bürgern und städtischen Mitteln erbauten Genesungshaus, einer Abtheilung des Krankenhauses, im Rohlederergarten (Kirchweg 48a), gelegen. Für die Mitglieder von Krankenkassen wird der übliche Pflegesatz von letzteren gezahlt — 2 M. p. Tag. — Es bestehen getrennte Abtheilungen für Männer und Weiber. Guter Leumund und voraufgegangene tadellose Führung im Krankenhause sind Vorbedingungen für die Aufnahme, welche von den Oberärzten desselben beantragt wird. Die Hausordnung besagt über die inneren Verhältnisse u. a. folgendes:

Die Pfleglinge des Genesungshauses erhalten in der Anstalt: Unterkunft und einfache, kräftige Kost, ferner Bett- und Leibwäsche, sowie Hausröcke und Pantoffeln. Im Sommerhalbjahr (1. April bis 30. September) wird das Frühstück auf jeder Abtheilung gemeinsam um 7½ Uhr, im Winterhalbjahr (1. October bis 31. März) um 8 Uhr, das Mittagessen stets um 12 Uhr; das Abendessen im Sommer um 6½ Uhr, im Winter um 6 Uhr eingenommen. Nachtgetischt wird nicht. Die Pfleglinge haben eine Stunde nach dem Frühstück und nach dem Mittagessen freien Ausgang, müssen jedoch spätestens eine halbe Stunde vor dem Mittagessen, bezw. Abendessen wieder zu Hause sein. Das Ordnen der Lagerstellen, die Reinhaltung aller Wohn- und Aufenthalts-Räume der Anstalt, das Decken und Aufräumen der Tische, leichte Gartenarbeiten und ähnliche Vorrichtungen erfolgen von den Pfleglingen nach der von der Oberschwester unter billiger Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der einzelnen Genesenden festzusetzenden Reihenfolge. Der Aufenthalt in den Schlafzimmern unter Tags ist nur mit besonderer ärztlicher Bewilligung gestattet, Tabakrauchen im Hause ist nicht erlaubt, ebensowenig Spiel um Geld. Die Zimmer im Hause dürfen von den Pfleglingen nur mit den von der Anstalt gelieferten Pantoffeln betreten werden. Den Angehörigen der Pfleglinge ist der Besuch der letzteren am Sonntag, Mittwoch und Sonnabend in der Zeit von 3 bis 4 Uhr gestattet, jedoch darf derselbe nicht in den Schlafräumen ent-

gegengenommen werden. Für Besuche zu anderer, als der angegebenen Zeit, ist die Genehmigung der Oberschwester einzuholen. Die Einbringung von Speisen und Getränken in die Anstalt, sei es durch die Pfleglinge, sei es durch Fremde, ist untersagt. Die Pfleglinge haben einmal in der Woche nach der von der Oberschwester festzusetzenden Reihenfolge ein warmes Bad zu nehmen. Pfleglinge, welche während ihrer Krankheit ihre Arbeit oder ihren Dienst verloren haben, sind gehalten, die ihnen gebotene Zeit zu benützen, um sich Arbeit oder Dienst zu suchen. Bei irgendwie erheblichen Erkrankungen haben die Pfleglinge die Anstalt zu verlassen und im städtischen Krankenhause oder sonstwo Krankenhilfe zu suchen. Die Pfleglinge können jederzeit freiwillig die Anstalt verlassen. Die Wiederaufnahme eines freiwillig Ausgetretenen erfolgt nur auf neuerliche Ueberweisung von Seite der Krankenhaus-Verwaltung.

In Dortmund wurde städtischerseits ein Kaiser-Friedrich-Heim für städtische Genesende errichtet.

In Königsberg endlich haben Magistrat und Stadtverordnete anlässlich der Hundertjahrfeier 100,000 M. als Grundstock für eine Kaiser-Wilhelmstiftung bereitgestellt, deren Zweck die Einrichtung einer Heimstätte für Genesende ohne Unterschied des Berufs oder der Religion sein soll. Diese wird nach einem neuerlichen Beschlusse (D. Rothe Kreuz. No. 3. 1898) im Luisenthale für etwa 12 Betten gebaut werden.

Ist damit auch die Zahl der städtischen Genesungshäuser wohl keineswegs erschöpft, so dürften doch die angeführten zur Charakteristik dieser Art dienen. Es erübrigt weiterhin, denjenigen einige Beachtung zu schenken, welche Krankenkassen und ähnlichen Instituten allein ihre Entstehung verdanken.

## Genesungsheime von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten.

Bei dem grossen Umschwung und der vielseitigen Organisation, welche die sociale Gesetzgebung in Deutschland herbeigeführt hat, ist es begreiflich, dass die einzelnen Organe, welchen die practische Durchführung der verschiedenen Gesetze anvertraut wurde, die Versicherungsanstalten, die Berufsgenossenschaften und Krankenkassen da, wo ihnen Hilfe für Genesende nicht geboten wurde, selbst Hand angelegt haben, dieselbe herbeizuführen. So haben wir vor allen diesen Organen Gründungen von Genesungshäusern oder die Anregung dazu in den letzten Jahren zu verdanken gehabt und ihnen gebührt nach den Vereinen der inneren Mission der Ruhm, thatkräftiger für diesen vernachlässigten Zweig der öffentlichen Gesundheitspflege eingetreten zu sein.

Die bekanntesten Heimstätten dieser Art sind diejenigen der auch sonst in jeder Weise auf unserem Gebiete vorausschreitenden Ortskranken-

kasse zu Leipzig. Der Vorsitzende des Sanitätsausschusses, Kommerzienrath Dr. Schwabe (s. oben Augustusbad) stellte der Kasse 1889 das 128 Acker Land (darunter 60 Wald) umfassende Gut am Gleesberg bei Neustädtel-Schneeberg und das Rittergut Foerstel bei Schwarzenberg mit 138 Acker Land (davon 35 Wald) auf 5 Jahre zur Unterbringung Genesender zur Verfügung, nachdem er einen entsprechenden Umbau der Wohn- und Wirthschaftsgebäude ebenfalls auf eigene Kosten hatte vornehmen lassen. — In Gleesberg sind 9 grössere Schlaf- und 3 Unterhaltungszimmer, in Foerstel 14 Schlafzimmer, ein Schlafsaal und 3 Unterhaltungszimmer.

In jedem Bett haben wir eine Stahlfeder- und Rosshaarmatratze; doppelte Schlafdecke bezw. Federdeckbett und vierfache Wäsche nebst allem Zubehör sind vorhanden. In jedem Hause finden 30 Pfleglinge Unterkunft.

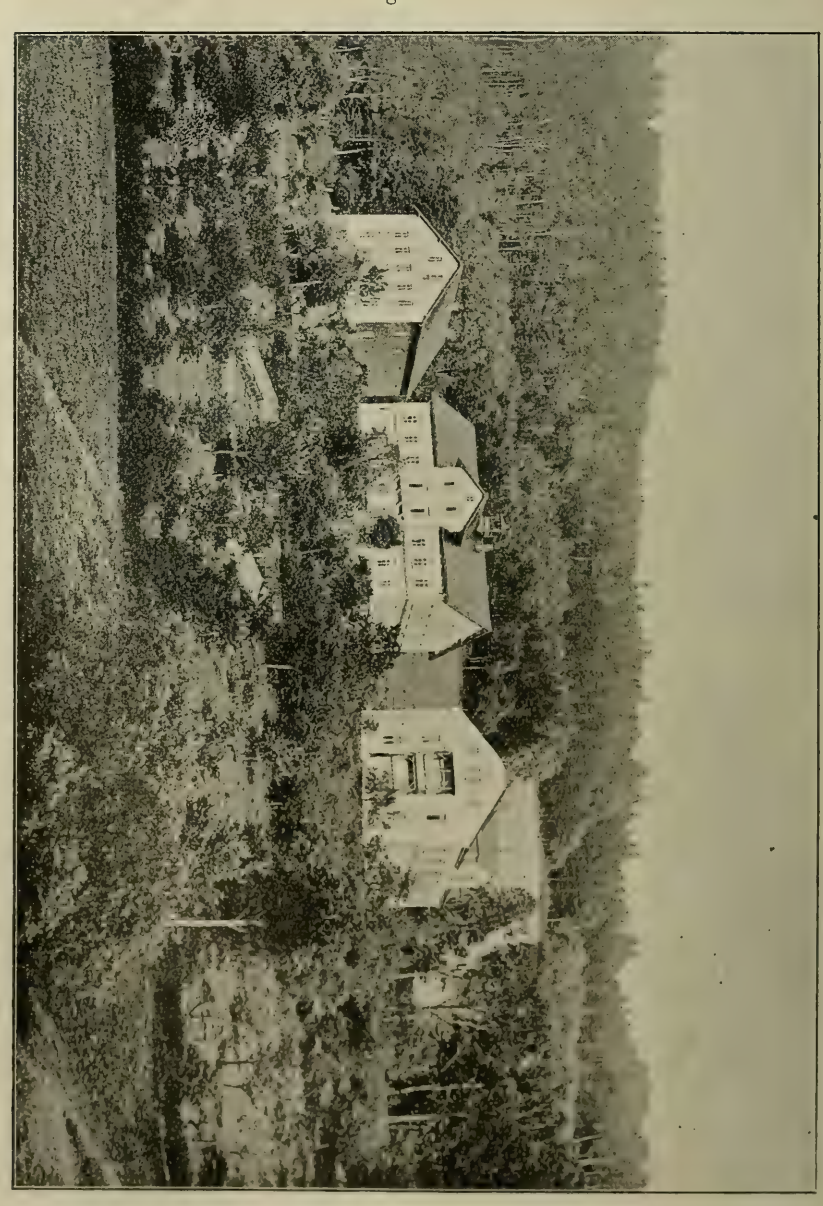
Die Pflege haben Schwestern des Albertzweigvereins Leipzig übernommen. Die Beköstigung besteht in: Morgens: Milchkaffee oder Cacao oder Milch mit Buttersemmel. Vormittags: Belegte Butterbrote mit Aufschnitt, Käse, Eiern, Schabefleisch, Warmbier, Fleischbrühe, saure, süsse Milch u. dergl. Mittags: Gemüse und Fleisch, oder Suppe, Braten, Kartoffeln, Compots u. dergl. mit Bier oder Milch. Nachmittags: Milchkaffee mit Buttersemmeln oder Butterbrot mit gekochten Eiern oder Fleichbelag. Abends 6 Uhr: nach Bedarf Milch. Abends 7 Uhr: Milchsuppe, Butterbrot, kalter Aufschnitt, Eier, Thee, Cacao, Bier u. dergl. Besondere Diät wird auf Anordnung des Arztes gereicht; der Verpflegungssatz beträgt 2 M. p. Kopf und Tag. Die Jahresberichte schildern die Erfolge, vor Allem auch die einzelnen Gewichtszunahmen als hervorragend. In Gleesberg fanden Aufnahme 1896 327 Frauen mit 8635, in Foerstel 278 Männer mit 7221 Verpflegungstagen.

Von den Krankenkassen im Königreiche Sachsen ist überhaupt in dieser Beziehung viel Rühmenswerthes zu berichten. So besitzt die Ortskrankenkasse zu Dresden seit 1893 das Genesungsheim für Männer Alt-Wettinshöhe in Zitzschewig. Von den April 1893 bis April 1894 dort verpflegten 182 Genesenden gingen 78 als vollkommen gesund, 64 gebessert, 21 ohne wesentliche Besserung ab; 19 Pfleglinge blieben zurück. — Bereits im folgenden Jahre fanden 60 Genesende mehr Aufnahme. Auch der Verband „freier Hilfskassen“ zu Dresden geht mit der Begründung eines eigenen Genesungsheims um. Unter den Mitgliedern der freien Hilfskassen selbst sind bis jetzt schon gegen 4000 M. zu dem Genesungsheime aufgebracht worden. Neuerdings hat aber auch die zuständige Behörde die Erlaubniss zu einer öffentlichen Sammlung hierzu ertheilt.

Seitens der Ortskrankenkasse zu Chemnitz ist im vorigen Jahre der Bau eines Genesungsheims in Grünhain bei Zwönitz beschlossen worden. Die Stadtgemeinde zu Grünhain hat zu diesem Zwecke einen Baucomplex von ca. 20000 qm unentgeltlich zur Verfügung gestellt, während andererseits das zum Bau erforderliche Capital von der Alters-

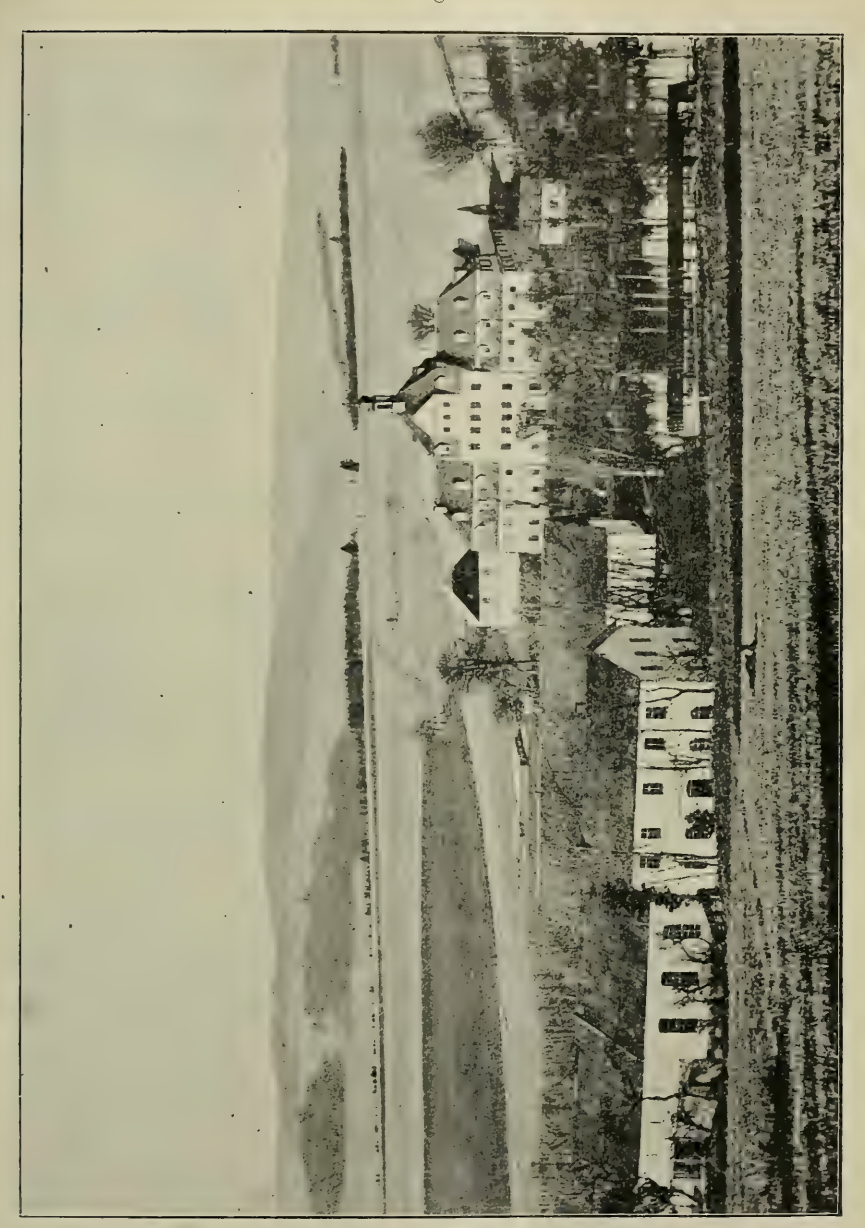
und Invaliditäts-Versicherung zu mässigem Zinsfusse geliehen wird. Das Genesungsheim ist vorläufig für 70—80 Personen projectirt und wird in nächster Nähe des sogenannten Spiegelwaldes zu stehen kommen. Die Lage ist für diesen Zweck nach ärztlichem Urtheile sehr günstig, die Kosten für den Bau werden sich auf ca. 80000—100000 M. belaufen.

Fig. 3.



Heimstätte für weibliche Genesende, Gut Gleesberg in Neustädtel (sächs. Erzgebirge).

Fig. 4.



Heimstätte für männliche Genesende, Rittergut Förstel (sächs. Erzgebirge).

Der Verband südlausitzer Krankenkassen (34 Kassen mit 23000 Mitgliedern) hat 1894 in Jonsdorf bei Zittau ein Genesungshaus für 36 Reconvalescenten begründet. — Der Bau kostete 60000 M., die Einrichtung 12000 M. — Der Verpflegungstag stellte sich 1895 auf 2,63 M. p. Kopf.

Die Ortskrankenkassen zu Plauen i. V. planen die Errichtung eines Genesungshauses in dem benachbarten Orte Ruderitz, sobald die einzelnen Kassen zu einer gemeinsamen sich verbunden haben werden.

Die Ortskrankenkasse III in München hat ländliche Reconvalescentenheime für ihre Mitglieder — darunter das für weibliche eingerichtete Schlossgut Schonstett bei Endorf — erworben und mit besten Erfolgen benutzt. Das ehemalige Genesungsheim Grossböhlenrain derselben Kasse ist in jenes mit übergegangen.

Eine Erholungsstation für Betriebs-Krankenkassen-Mitglieder hat die Direction der badischen Staatsbahnen in Nordrach errichtet.

Die zum Gewerkvereine verbundenen 61 Berliner Ortskrankenkassen berechnen als „Kosten des Heilverfahrens“ 10 Pf. pro Kopf und Jahr für ihre 220000 Mitglieder und geniessen u. a. dafür das Recht, in Lichterfelde (im ehemaligen Siechenhause des Johanniterordens) 25 Betten für genesende Arbeiter belegen zu dürfen.

Der oberschlesische Knappschaftsverein gewährt alljährlich Erholungsbedürftigen und Genesenden längeren Badeaufenthalt in Goczalkowitz bei Pless. Auf Grund besonders günstiger Verträge mit der Badeverwaltung dort hat der Knappschaftsverein zu Tarnowitz 1895 beispielsweise viermal 32 Genesungsbedürftige nach Goczalkowitz geschickt in ein zur Verfügung gestelltes Logirhaus, welches in ein „Bergmannsheim“ verwandelt worden ist. Ein Krankenpfleger wird mitgesandt. Aerztlicher Beistand ist erhältlich. — In letzter Zeit hat der Verein ein eigenes neues Heim erbaut. Die Badezellen und Bäder stellt die Verwaltung unentgeltlich.

Neuerdings haben auch die Invaliditäts-Versicherungs-Anstalten in einer bis zur denkbaren Grenze gehenden Ausdehnung des § 12 des Gesetzes sich an der Errichtung oder wenigstens Beschickung von Genesungshäusern betheiligt.

Das Sanatorium Gütergotz der Versicherungsanstalt für Berlin ist „für solche Leute bestimmt, welche durch innere Krankheiten jeder Art ganz oder theilweise erwerbsunfähig geworden sind, und deren Invalidisirung durch geeignete Behandlung (z. B. Diätetik, Massage, medico-mechanische Behandlung, Bäder, Elektricität etc.) vermieden oder aufgeschoben werden soll und kann.“ Es liegt 30 km von der Stadt entfernt. Im ersten Betriebsjahre 1894—95 wurden 249 Insassen aufgenommen (93 ungelernte Arbeiter, 156 Handwerker). Für 197 von diesen wurde vom Vorstande eine besondere Familienunterstützung gezahlt. Die Ausgaben pro Kopf und Tag beliefen sich auf 3,78 M. (Sociale Praxis. 1896, No. 17). Diese Anstalt trägt mit Recht den Namen „Sanatorium“, da sie sich mit dem, was wir eigentlich unter Genesungshäusern verstehen — gesund gelegene Plätze, in denen sich von acuten Krankheiten Genesene noch einige Wochen erholen können — nicht deckt. Sie ist vielmehr eine Heilanstalt für chronisch Leidende (vergl. obige durch den dirigirenden Arzt Dr. Pielicke gegebene Charakteristik). Darum spricht man dort auch von Patienten, darum erstreckt sich der Aufenthalt nicht

auf wenige Wochen, sondern, wie eben in „Sanatorien", auf ziemlich lange Zeit, durchschnittlich 100 Pflegetage. Diese Gesichtspunkte sind bei der Frage der Genesungsheime und der Beurtheilung der von Versicherungsanstalten errichteten Erhohlungsstätten wohl zu berücksichtigen. Es verhält sich wohl so auch mit den anderen von solchen Anstalten erbauten Häusern. Das von der Braunschweiger Anstalt in Stiege errichtete Genesungsheim ist sogar zumeist Lungenheilstätte, nimmt aber auch Neurastheniker u. s. w. auf, das „Genesungshaus" der Hannöverschen Anstalt auf dem Königsberge bei Goslar dient jetzt lediglich Lungenkranken zum Aufenthalt.

Beiden Anforderungen soll das von der Schlesischen Versicherungsanstalt in Obernigk für 18—20 Pfleglinge erbaute Haus genügen, indem es Versicherte aufnimmt, a) welche nach Ablauf irgend einer, insbesondere acuten Erkrankung nach Abschluss des eigentlichen Heilverfahrens nur noch eine mehrwöchentliche Pflege und Schonung unter günstigen hygienischen Verhältnissen bedürfen, um wieder voll arbeitsfähig und genügend widerstandskräftig gegen die gesundheitsschädlichen Einflüsse des Berufes zu werden, z. B. Reconvalescenten nach Lungenentzündung, Brustfellentzündung, Typhus, acutem Rheumatismus, schweren Eiterungen, Operationen jeder Art u. s. w.

b) Versicherte, deren Leiden weniger eine wirkliche Krankenhausbehandlung, als vielmehr vorzugsweise nur eine längere Ruhe, passende Diät, den Aufenthalt in gesunder Luft, vielleicht in Verbindung mit Hydrotherapie, Massage u. s. w. zur Heilung verlangen, wie z. B. manche Fälle von Bleichsucht, leichter Neurasthenie etc. (Deutsche med. Wochenschrift No. 26. 1897).

Die Hanseatische Versicherungsanstalt beabsichtigt ebenfalls ein Genesungshaus zu erbauen.

Die Anstalt zu Posen schickt, „bis zur Fertigstellung eines eigenen Provinzial-Erholungshauses" ihre Reconvalescenten nach dem unter Leitung der Diakonissenanstalt stehenden Genesungshause Lovenitz, Kreis Jarotschin. Das Haus wurde mit grossem Garten und Ackerland als Restgut eines Ansiedelungs- und Parzellirungsgutes im Jahre 1894 angekauft, ausgebaut und im September 1895 als Siechenhaus für die evangelischen Ansiedler und als Mittelpunkt für ambulante Krankenpflege eingeweiht. Es liegt ganz auf dem Lande, dicht an der Eisenbahn, freundlich und gesund. Man hatte an einzelnstehende Alte und Sieche gedacht, die hier ein friedliches Stilleben führen könnten, aber ausgeschlossen waren solche, für die die Angehörigen und Gemeinden die Fürsorge hätten. Denen sollte die Verpflichtung nicht abgenommen werden.

Allein den sich erkundigenden Pfleglingen waren die Pflegesätze von 1—2 M., je nach der Bettenzahl des Zimmers, zu theuer, so dass der Vertrag mit der Versicherungsanstalt dem leerstehenden Hause Insassen bringen musste.

### Genesungshäuser für einzelne Berufskreise.

Eine eigene Art von Genesungshäusern sind die einzelnen Ständen dienenden, welche sich allem Anscheine nach in nächster Zukunft noch vermehren werden. So plant der Verband deutscher Handlungsgehilfen ein solches. Ihm sind von verschiedenen reichen Kaufleuten und kaufmännischen Verbänden bereits grosse Summen zur Verfügung gestellt worden.

Auch Vertreter der deutschen Papierindustrie gehen mit dem Plane um, für die männlichen und weiblichen kaufmännischen Angestellten des Papierfaches, und zwar aus den Kreisen des Klein- und des Grosshandels der Papierfabrikation, ein Genesungsheim im Harze zu begründen. Es soll aus diesen Berufskreisen allen denen offen stehen, die Erholung oder Genesung in frischer kräftiger Gebirgs- und Waldluft suchen, aber die meist hohen Preise in Gasthöfen und Pensionen nicht zu zahlen vermögen. Der sehr hübsch gelegene Gasthof „Zum Mühlenthal" bei Wernigerode soll zu dem Zwecke angekauft werden. Zum Ankauf, sowie zur Vervollständigung und Erweiterung sind 100000 M. erforderlich, die durch 1000 Stifterscheine zu 100 M. aufgebracht werden sollen.

Der „Verband der mittleren Beamten des Stations- und Abfertigungsdienstes preussischer Staatsbahnen" will, ebenfalls im Harz, ein Genesungs- und Erholungsheim von 100 Betten für 300000 M. erbauen. (Sociale Praxis, No. 9, 1897/98.)

Das von manchen als Genesungshaus bezeichnete „Deutsche Lehrerheim zu Schreiberhau" ist kein solches, sondern ein Hôtel, welches zunächst zu günstigen Bedingungen Lehrer aufnimmt; fehlt der Zuspruch von diesen, auch jeden anderen Touristen. — Die geschäftsführende Kommission des Heims hat einen Hausverwalter über die dem Verein „Deutsches Lehrerheim" gehörigen 33 Zimmer mit Zubehör angestellt. Der eins davon miethende Lehrer hat selbst für Bett und Wäsche zu sorgen. Für andere Zimmer schafft der Verwalter die Bedarfsartikel zum ortsüblichen Preise. Die Wirthschaft ist einem besonderen Pächter anvertraut unter für die Besucher möglichst günstigen Bedingungen.

Hier lässt sich passend ein Wort über die Genesungspflege des Militärs anfügen, von welcher Gueterbock sagt: „Eine grössere Ordnung im Reconvalescentenwesen besteht bei uns nur in der Militärkrankenpflege." Die Curspitäler für Soldaten in 31 Badeorten (Teplitz, Warmbrunn, Landeck, Wiesbaden, Aachen u. s. w.) nehmen Kranke und Genesende auf, vor allem aber letztere. Vielen Combattanten aus den letzten Kriegen haben sie vorzügliche Dienste geleistet.

Im Allgemeinen sind auch die verschiedensten Curhospitäler von privater Seite begründet worden und werden von Privaten (Aerzten) oder Vereinen (Curatorien) verwaltet. Die civilen oder militärischen Behörden, welche sie mit Genesenden (bezw. Kranken) belegen, zahlen dafür nam-

hafte Beträge, ohne sonst irgend engagirt zu sein. Das Militärcurhaus Wilhelmsheilanstalt in Wiesbaden — eine Privatgründung — erhält beispielsweise einen grossen jährlichen Zuschuss vom Staate, dem auch die Oberaufsicht zusteht. Die Verwaltung liegt aber im Uebrigen in privater Hand. Die Militärs zahlen täglich ihr Verpflegungsgeld (die Mannschaften 1,75, die Officiere 3 M.).

Ueber freie Bäder verfügen die meisten dieser Institute, vielfach sind ganze Freistellen vorhanden.

Zu den ersten eigenen Reconvalescentenheimen, welche seitens militärischer Behörden begründet worden sind, gehört dasjenige, welches der commandirende General des 16. lothringischen Armeecorps für seine Mannschaften in Lettenbach an der rothen Saar errichtet hat. In diesem engen Seitenthälchen besass die Familie Chevaudier ein schönes Besitzthum, bestehend aus einem geräumigen, schlossartigen Wohnhause, mehreren dicht dabei liegenden Wirthschaftsgebäuden, grossen, parkähnlichen Gartenanlagen, ausgedehnten Wiesen und Feldern, rings von alten Waldbeständen umgeben. Das Hauptgebäude mit den Nebengebäuden bietet im Sommer für 80, im Winter für 60 Soldaten reichlich bemessenen Raum, durchweg grosse, luftige Zimmer, dann mehrere Säle für gemeinschaftlichen Aufenthalt, für Spiel und Unterhaltung bei ungünstigem Wetter, ferner eine Badeanstalt, eine zweckmässig ausgewählte Bibliothek u. s. w. Für ärztliche Leitung befindet sich im Gebäude ein Assistenzarzt, für sonstige Aufsicht ein Officier, in der Regel ein solcher, der gleichfalls eine Erholung von nöthen hat. Die Verpflegung wird von den Soldaten sehr gerühmt, für Aufenthalt im Freien, namentlich im angrenzenden Walde, für gemeinschaftliche Ausflüge und dergleichen ist trefflich gesorgt; die kräftigeren Mannschaften werden zu leichten Arbeiten im Garten und auf dem Felde herangezogen, die Förderung der militärischen Ausbildung aber wird nur unter strengster Rücksichtnahme auf den Gesundheitszustand der Einzelnen gepflegt. Es sind schon über 500 Soldaten in diesem militärischen Luftcurorte verpflegt worden, fast alle mit erfreulichem Erfolge.

Das Generalkommando des preussischen Gardecorps beabsichtigt das nahe Berlin gelegene, dem Herrn Grafen von Schönburg-Waldenburg gehörige sogenannte „Waldschloss" anzukaufen und zu einem Genesungsheim für seine Truppen einzurichten. Zu diesem Zwecke sind bereits die Baupläne nach Berlin gesandt worden und der Abschluss der Verhandlungen steht nahe bevor.

## Verhältnisse im Auslande.

Es dürfte sich zum Schlusse nicht als uninteressant erweisen, einen Blick auf einige im Auslande bestehende Verhältnisse zu werfen, um zu einem Vergleiche mit deutschen Zuständen einestheils und etwa zu neuen Schlussfolgerungen anderentheils zu gelangen.

England verfügt zur Zeit über etwa 160 Genesungshäuser, von

denen allerdings nur ungefähr ein Drittel das ganze Jahr über offen bleibt. Ueber 5000 Personen finden in denselben jährlich Aufnahme, ohne dass freilich selbst damit dem vollen Bedürfniss nur annähernd Rechnung getragen wird. Immerhin hat die Frage der Genesungsheime in England die öffentliche Meinung für sich und man arbeitet fortgesetzt an ihrer Lösung.

Die Kosten werden gedeckt durch die zahlreichen Wohlthätigkeits- und Hilfsvereine, die innere Mission, durch sonstige freiwillige Beiträge, Stiftungen und die von den Insassen zu zahlenden Kostsätze. Von den öffentlichen Krankenhäusern haben vor allem die Kinderheilstätten ihre eigenen Reconvalescentenheime, aber auch viele zur Aufnahme Erwachsener bestimmte Hospitäler. Die Mehrzahl der Genesungshäuser steht aber ausser Verbindung mit grösseren Heilstätten. Der tägliche Verpflegungssatz ist durchschnittlich 1 M. Doch haben die einzelnen Stätten verschiedene Sätze, auch verschiedene Hausordnung, welche hier ziemliche Freiheit, dort wieder Betheiligung an Hausarbeit u. s. w. fordert. Dazu nehmen diese nur bestimmte Altersstufen, jene Personen jedes Alters, diese nur Leute aus besseren, jene aus armen Volkskreisen auf, und wieder andere gewähren Genesenden aus allen Volksklassen Aufnahme; die einen bevorzugen gewisse Berufsklassen, die anderen bestimmte Confessionen. Die Mehrzahl dient der gesonderten Aufnahme von Männern oder Frauen; für Letztere und für Kinder ist in England mehr Sorge getragen als für Erstere.

(Für genesende Irre, Epileptiker, von Infectionskrankheiten Genesende, Tuberculöse, Schwangere und Wöchnerinnen ist durch besondere Heime gesorgt.)

Die Leitung der Reconvalescentenhäuser haben Ausschüsse inne, Aerzte stehen nur ganz vereinzelt an der Spitze, sind auch nur an den grösseren Häusern wirklich angestellt, wo sie nicht von dem Mutterkrankenhaus herübergenommen werden. Es sind dann 2 Aerzte: ein Anstaltsarzt und eine ausserhalb, meist in der Centrale der betreffenden Provinz wohnende medicinische Autorität, welche prüft, ob der sich hier meldende Genesende wirklich dem Heime zu übergeben ist. Maassgebend, zumal für die vielen kleinen privaten Heime, ist zumeist lediglich die Bedürftigkeit des Aufzunehmenden. Für Genesende, welche noch regelrechter ärztlicher Ueberwachung bedürfen, fehlt es daher noch sehr an geeigneten Häusern.

Die Einrichtung eines Genesungsheimes soll nach Monat eine dem Compromiss zwischen „Heim“ und „Spital“ entsprechende sein. Wir finden solche aber nur bei einigen grösseren englischen Reconvalescentenhäusern. Zu ihnen gehört u. a. das von Barney errichtete Convalescent Home at Cheadle (Cheshire). Wir haben hier Schlafzimmer mit 3 bis 6 Betten (nebenher solche für einzelne schwer neu Erkrankende), mit Tagessälen, Sommer- und Wintergarten, fortlaufender Galerie, auf welche die Kranken hinausgefahren werden können u. s. w. (Anlagekosten pro Bett excl. Erwerbung des Grundstücks und innere Einrichtung 2448 M.

Innerhalb der Hospitäler selbst finden wir in England ungleich mehr durch Anbau von Reconvalescentensälen, Tagesräumen u. s. w. für die Genesenden gesorgt, als bei uns in Deutschland. Als mustergiltiger Neubau, welcher hinreichend dergestalt Sorge getragen hat, erwähnt Gueterbock u. a. das Herbert Hospital zu Woolwich, von Kinderhospitälern das zu Pendleburg, Manchester. (S. auch Revue philantropique 10. Januar 1898.)

Von einem Menschenfreunde in England sind für Errichtung eines „Künstlerheims" — eines Genesungshauses für unbemittelte Künstler — 20000 Pfund gespendet worden. Es soll an geeignetem Punkte der Riviera erbaut werden.

Da den Genesenden vorzugsweise reine Luft zugeführt werden soll, pflegt man sie in England auch in einzelnen privaten, geeignet gelegenen Wohnungen unterzubringen (System des „boarding-out", namentlich für Kinder, welches nicht, wie unsere Feriencolonien, nur an wenige Sommermonate gebunden ist). — Zum anderen finden in den Curanstalten der Badeorte namentlich an der See viele Genesende Unterkuft, insonderheit Kinder in den Seehospizen.

Schliesslich werden die aus Krankenhäusern Entlassenen von Samariter-Hilfsvereinen und zahlreichen Vereinigungen mit Kleidung, Wäsche, Nahrungsmitteln, vor allem aber, wo irgend möglich, mit Arbeit versorgt; zumeist in Verbindung mit den Krankenhäusern stehend, nehmen sich diese Wohlthätigkeitsvereine Kranker wie Genesender in hervorragender Weise an.

In Frankreich ist das erste Reconvalescentenhaus schon 1628 entstanden; es war ein von einer Wohlthäterin begründetes Asyl für 22 Männer, welches allerdings weniger Genesenden, als vielmehr Obdachlosen, der Pflege und Fürsorge Bedürftigen, Unterkunft bot. 1640 wurde eine Anstalt für weibliche Genesende, das Hòtel de Dieu zu Paris, begründet. Mazarin gehörte zu den hervorragenden Gönnern und Begründern von Reconvalescentenhäusern.

„Es scheint, dass schon im 18. Jahrhundert alle Pariser Krankenanstalten besondere Baulichkeiten zur Aufnahme von Reconvalescenten besassen, theilweise auch die Militärlazarethe mit ihrer Errichtung begannen" (Gueterbock).

Mitte der fünfziger Jahre unseres Jahrhunderts beginnt eine neue Epoche auf dem Gebiete des Reconvalescentenwesens mit der Gründung der Asyle für Genesende zu Vésinet (mit ca. 400 Betten) und Vincennes (mit über 500 Betten), ersteres für weibliche Kranke bestimmt. Es sind dies die grössten öffentlichen Genesungsheime der Jetztzeit. In Vincennes ordiniren 2 Ober- und 3 (in der Anstalt wohnende) Unterärzte. Die Verpflegung geschieht entweder unentgeltlich (Stiftungen etc.) oder auf eigene Kosten des Reconvalescenten (1 Frank pro Tag) oder wird von Hilfskassen, gewerblichen Verbänden und verwandten Vereinigungen bestritten (75 — 50 Cts.). „Die Hauptfront der Anstalt Vincennes erstreckt sich von Ost nach West am gleichnamigen Parke ent-

lang. Die Seitenflügel enthalten die Schlafzimmer gewöhnlich für je 3 Patienten, im Mittelbau liegen die Tagesräume, Refectorien u. s. w. Personal und Verwaltung sind in eigenen Pavillons untergebracht. Eine Krankenabtheilung besteht für besonderer Behandlung Bedürftige, ferner ein Zimmer für Pockenkranke, ein Raum für schwer Verletzte." (Gueterbock). Zur Abhaltung von Vorträgen, für Gesellschaftsspiele u. s. w. bestehen besondere Räume, ebenso für Bibliothek und Lesezimmer.

Im Gegensatz zu den englischen Anstalten werden hier von jeder Krankheit Genesende aufgenommen. Auf den Kranken kommen durchschnittlich im Jahre 21 Verpflegungstage. Aufenthalt über 2 bis zu 4 Wochen (und länger) bedarf besonderer höherer (ministerieller) Genehmigung. — In Vésinet finden wir vor allem auch Wöchnerinnen mit ihren Neugeborenen untergebracht; sie werden von den Entbindungsanstalten dahin am 7. oder 8. Tage überführt.

Die Verpflegungskosten betragen in Vésinet 1 Frank 29,12 Cts. täglich.

Die grosse Mehrzahl der privaten Reconvalescentenhäuser, unter geistlichen Orden, Genossenschaften, einzelnen Gönnern oder Vereinen stehend, sind Specialhospitäler namentlich für Kinder, auch für Frauen und genesende Irre.

Durch grosse, aus Stiftungen zur Verfügung stehende Mittel ist namentlich die Stadt Paris im Stande, eine reichliche Sorge für Genesende auch ausserhalb der Krankenhäuser in Scene zu setzen. In Sonderheit wird diese verwandt auf Beschaffung von passender Arbeit für die Entlassenen, die zum Theil in Ausbesserung der Wäsche und anderer Bedarfsartikel der Hospitäler besteht. Den Geisteskranken kommt diese Fürsorge vor allen zu Statten; ärztlicher Rath wird unentgeltlich ertheilt. Die Hilfsvereine und geistlichen Genossenschaften entfalten in dieser Hinsicht ebenfalls eine ausgebreitete Thätigkeit.

Besondere Säle für Genesende haben auch die neueren Krankenhäuser in Paris nicht. Nur die in jüngster Zeit erbauten, hier sowohl, wie in der Provinz, sind damit versehen.

Im Allgemeinen lässt die Genesendenfürsorge in den Provinzen noch sehr zu wünschen übrig.

Oesterreich-Ungarn. Vor 2 Jahren hat der Verband der Genossenschafts-Krankenkassen in Wien ein Reconvalescentenheim in Königstetten gebaut, welches sich regster Benutzung erfreut. 1894 wurden 144 Personen 4730 Tage verpflegt, 1895 war der Andrang so gross, dass die Verpflegungsdauer herabgesetzt werden musste, es wurden 328 Personen verpflegt; sie nahmen 2,68 Kilo im Durchschnitt zu. Der Bau eines zweiten Heims wird vorbereitet. (Sociale Praxis, No. 14. 1896.)

Um die Hauptstadt herum liegen ferner die Genesungshäuser in Hütteldorf, Breitenfurt, Mariahilf und in Baden.

In Prag hat der Statthaltereirath Professor Dr. Wilh. v. Pissling ¼ Million Gulden für Reconvalescentenpflege vermacht. „Als Richtschnur für die Gründung und Erbauung dieses Reconvalescentenhauses

wird verfügt, dass in demselben nach Maassgabe der zur Verfügung stehenden Mittel vorläufig 35 bis 40 aus dem Prager Allgemeinen Krankenhause zwar als geheilt entlassene, aber nicht vollständig arbeits- und erwerbsfähige Reconvalescenten ohne Unterschied des Standes, Alters, Geschlechtes, der Religion und der Nationalität aufgenommen werden, damit dieselben durch Verabreichung guter und gesunder Hausmannskost gekräftigt und der vollen Arbeitsfähigkeit entgegengeführt werden. Um den beabsichtigten Zweck so viel als möglich zu erreichen, sollen solche Reconvalescenten nicht länger als 2—3 Wochen untergebracht und verpflegt werden, und nur, wenn die Oberleitung des Reconvalescentenhauses es als nothwendig erachtet, kann ausnahmsweise eine kurze Verlängerung der Verpflegung gewährt werden. Bei neuerlicher Erkrankung während der Verpflegsdauer hat die sofortige Rückübertretung in das Allgemeine Krankenhaus zu erfolgen. Für ärztliche Beaufsichtigung ist entsprechend Sorge zu tragen. Mit Rücksicht darauf, dass die Errichtung eines Reconvalescentenhauses einem Bedürfnisse entspricht, erhofft der Erblasser die freundliche Unterstützung der Behörden und insbesondere, dass diesem Institute die Pflichten und Rechte der öffentlichen allgemeinen Krankenhäuser werden zuerkannt werden.“ (Zeitschrift für Krankenpflege, No. 4, 1896.)

In der Schweiz bestehen, wie Küster zur XV. Versammlung des „Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege“ berichtete, fünf Reconvalescentenanstalten der Stadt Genf (Hospice de convalescence, errichtet von der Baronin Rothschild, ein zweites in Colovrex und drei kleinere), eins in Neuchâtel, eins in Lausanne, während Zürich seine Genesenden in freie Pflege schickt.

In Nordamerika verfügen viele Krankenhäuser neben besonderen geräumigen Speisesälen über Tagesräume für Genesende.

---

Da über die an Genesungshäuser zu stellenden Anforderungen schon Anfangs gesprochen wurde, machen sich nur noch wenige Schlussbemerkungen nöthig. Bei der ersten bedeutungsvollen Aussprache über unsern Gegenstand, zur XV. Versammlung des „Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege“ zu Strassburg, wo von Ziemssen und als Correferent Oberbürgermeister Back-Strassburg dieses Thema behandelten, wurde als Grundsatz der Kostendeckung aufgestellt, dass die Initiative von der Privatwohlthätigkeit ausgehen solle. Die Praxis hat gezeigt, dass, wenn auch in vielen Fällen dieser Gang eingeschlagen wurde, doch die Sache eine merklich andere Wandlung durch das Emporblühen der Krankenkassen und ähnlicher Anstalten nahm.

v. Ziemssen sagt dieses in einem neueren Aufsatze (Zeitschrift für Krankenpflege. No. 3. 1895): „Ich glaube, dass es für die Weiterentwickelung des Reconvalescentenwesens in Deutschland förderlich sein wird, wenn die Gemeinden nur unterstützend und fördernd gegenüber diesen Institu-

tionen sich verhalten, im Uebrigen aber die Errichtung und Unterhaltung derselben der freien Vereinsthätigkeit überlassen. Ich meine damit nicht nur die Thätigkeit von Privatvereinigungen ad hoc, sondern vor Allem die Thätigkeit der Krankenkassen-Verbände, welche ja in ihrer Mehrzahl finanziell gut gedeihen und in wohlverstandenem Interesse ihrer Mitglieder die Mittel der Kasse für die Schaffung und Unterhaltung dieser trefflichen Institution verwenden können, um ihren Mitgliedern alle Vortheile einer geordneten Reconvalescentenpflege zu verschaffen."

Und weiter: „Einen wichtigen Hebel für die Förderung der Reconvalescentenhäuser sehe ich also darin, dass die Privatvereine, welche sich die Hebung der Reconvalescentenpflege angelegen sein lassen, die Vorstände der Orts- und Berufskassen heranziehen und für die Sache interessiren etwa in der Weise, dass in den Vorstand des Reconvalescentenvereins der Magistrat, nämlich der Vorstand des städtischen Krankenversicherungswesens, sowie auch die Vorstände der Ortskrankenkassen hereingezogen werden, wodurch dieselben nicht nur in der Lage sind, volle Einsicht zu erhalten, sondern auch wirkliches Interesse dafür zu gewinnen und ihre Kassenüberschüsse zunächst, d. h. bevor sie ein eigenes Genesungsheim besitzen, in der Richtung zu verwenden, dass sie gegen Bezahlung für ihre Mitglieder an der Belegung der Anstalt participiren."

Und Eberty sagt ebenfalls: „Der Schwerpunkt der zu treffenden neuen Veranstaltungen muss in der durch die Thätigkeit von Staat und Gemeinde höchstenfalls unterstützten Privatthätigkeit liegen, am besten in letzterer ausschliesslich."

Dass dieser Standpunkt richtig ist, zeigt die thatsächliche Entwickelung. Es werden immer noch Genesungsheime durch blosse Privatwohlthätigkeit u. dergl. entstehen — zum Glück, kann man sagen —, eine systematische Fürsorge für alle geeigneten Genesenden wird aber den durch private Wohlthätigkeit theils unterstützten, theils geführten Krankenkassen zukommen. Während sich der Steuerzahler immer mehr hinter der Ausrede verschanzt, dass zu vielseitige Anforderungen an seinen Geldbeutel gestellt würden, werden in den Krankenkassen und namentlich den Invaliditäts-Versicherungs-Anstalten capitalkräftigere Ausführungsorgane dieser und ähnlicher social und wirthschaftlich hochbedeutsamer Ideen geschaffen.

Es seien hier noch die acht von den Referenten der genannten Versammlung vorgelegten Thesen angeführt: 1. Heimstätten für Genesende sind für grössere Gemeinwesen ein dringendes Bedürfniss. 2. Für dieselben sprechen nicht blos ärztliche, sondern auch sociale und administrative Erwägungen. 3. Die Einrichtung und Unterhaltung solcher Anstalten ist nicht Aufgabe des Staates oder der Gemeinden, sondern ist der Vereinsthätigkeit und der Privatwohlthätigkeit zu überlassen. 4. Es erscheint zweckmässig, die Heimstätten den Krankenhäusern anzugliedern und mit einer möglichst einfachen, aber sachver-

ständigen Verwaltung zu versehen. 5. Der familiäre Character der Heimstätten macht es nicht wünschenswerth, dass den einzelnen Anstalten eine zu grosse Ausdehnung (über 100 Betten) gegeben werde. 6. Geeignet zur Aufnahme sind in erster Linie die Reconvalescenten von acuten Krankheiten, von Verletzungen und Operationen, dann auch Wöchnerinnen, in zweiter Linie an chronischen Krankheiten Leidende, wenn dieselben acute Verschlimmerungen erfahren haben. 7. Principiell sind ausgeschlossen Geisteskrankheiten, Epilepsie, ekelerregende, chirurgische und Hautleiden, Lues und Alkoholismus. 8. Als nothwendige Vorbedingung für die Aufnahme ist eine gute sittliche Qualification zu fordesn.

---

# 2. Sonderanstalten und Fürsorge für Sieche (Kreispflege-Anstalten).

Von

Medicinalrath Dr. **Eschbacher** in Freiburg (Baden).

Mit 1 Plan.

---

## Erster Abschnitt.

### 1. Geschichtiche Entwickelung.

Es ist eine nicht zu bestreitende, gewiss erfreuliche Thatsache, dass seit der glücklichen Beendigung des deutsch-französischen Krieges von 1870/71 und seit der Wiederherstellung des Deutschen Reiches ein vom Geiste der Versöhnung getragener humaner Sinn durch alle Schichten unseres Volkes geht, welcher zu jedem Opfer bereit in edlem Streben sich kundgiebt, die Lage aller unserer Mitmenschen besser zu gestalten. Fragen wir nach dem Wie? so begegnen wir zunächst der socialpolitischen Fürsorge für die grosse Klasse der Arbeiter durch die Reichsversicherungen gegen Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter. Aber nicht nur für körperlich Kranke aller Art wurde gesorgt, sondern auch für die unglücklichen Irren und geistig Unfähigen haben alle Staaten gerade in den letzten Jahrzehnten durch besteingerichtete theure Anstalten die schönsten Beweise der Humanität unserer Zeit erbracht.

Daneben vergass man nicht der vielen Armen und Besitzlosen, der unheilbar Leidenden und all' der Unglücklichen, welche die Fähigkeit, einen eigenen Kampf ums Dasein zu führen, entweder nie besessen oder im Laufe ihrer Jahre verloren haben, mit einem Worte, der körperlich und geistig hilflosen Siechen, welche ja am meisten unter der Arbeiterbevölkerung sich finden.

Im Mittelalter war bekanntlich die Sorge für die Armen nebst einiger Stiftungen Sache der Kirche und der Privatwohlthätigkeit. Die Armen lebten zumeist vom Bettel und Almosen und waren mehr oder weniger der Missachtung preisgegeben. Die geistig Unfähigen oder eigentlichen Siechen wurden besonders in Städten in alten Pfründ- oder Armenhäusern untergebracht, welche dadurch häufig mehr das Bild von Siechenhäusern darboten. Neben diesen gab es dann auch noch einige staatliche Landessiechenanstalten, in welchen die schlimmsten Sorten von Geistesgestörten verwahrt wurden; auf den Dörfern und in kleineren Orten lagen aber dann noch häufig zum Schrecken und Gespött der

Mitwelt die schlimmsten Gestalten von verkrüppelten armen Menschen, von Idioten, Blödsinnigen und unheilbaren Narren u. s. w. in den Strassen umher oder mussten gar in abgeschlossenen, verborgenen Gelassen in höchst ungeeigneter und unmenschlicher Weise verwahrt werden.

Erst im Laufe unseres Jahrhunderts nahm sich die staatliche Obrigkeit der Armen und Unglücklichen mehr an und übertrug die Versorgung derselben der Heimathgemeinde jedes Einzelnen. Die Armuth in all ihren Formen nahm aber immer mehr zu; gerade in den weniger leistungsfähigen Gemeinden; die Privatwohlthätigkeit erlahmte dagegen mehr und mehr; es wurden deshalb staatlicherseits durch die sog. Armengesetze und später durch das Reichsunterstützungswohnsitzgesetz die Grundzüge für die öffentliche Armenpflege in ausgleichender Weise geregelt und die Verpflichtung hierzu nicht nur den Gemeinden, sondern auch den Landarmenverbänden (Provinzen, Kreisen, Bezirken) und in gewissen Fällen dem Staate übertragen. Dadurch erhielten die Armen immer mehr ein Recht auf Unterstützung und Versorgung. Damit steigerten sich aber die Ansprüche an die Armenpflege erst recht; es mussten immer grössere Summen dafür aufgewendet werden. Man sah jedoch bald ein, dass man solchen Anforderungen ziemlich machtlos gegenüberstand, weil gewöhnlich ohne genaue Controle und ohne die mögliche Prüfung des Falles immer wieder gegeben werden musste, was insofern noch von Nachtheil war, als das einfache Geben leicht zu allerlei Missbrauch führt und zu Müssiggang, Bettelei und Verstellung (Simulation) reizt. Es zeigte sich dann ferner, dass das viele Geld, welches verabreicht wurde, seinen Zweck nicht erfüllte, denn für die wirklich Armen und Hilflosen war dabei doch nicht in richtiger Weise gesorgt.

Diese Einsicht und Erfahrung, die man wohl überall machen wird, musste nothgedrungen zu einer Aenderung in der Handhabung der öffentlichen Armen-Unterstützungen führen. Man näherte sich deshalb dem System der sogenannten geschlossenen Armenpflege, d. h. man errichtete grössere Sammelanstalten für Arme beiderlei Geschlechter und ohne Rücksicht auf Confession, in welchen nicht nur die arbeits- und erwerbsunfähigen gewöhnlichen Armen, die Greise, welche etwa die Hälfte der Insassen einer solchen Anstalt bilden, ferner die Invaliden, langwierige unheilbare Kranke, sowie Taube, Blinde, Lahme, sondern auch die vielen unglücklichen Hilflosen, geistig Unfähigen, Gestörten oder sinnlosen und entstellten Menschen, sofern sie der öffentlichen Unterstützung anheimfallen, nunmehr untergebracht werden.

## 2. Benennung und Bedürfniss.

Solche gemeinsame Bewahranstalten sind an Stelle vieler kleiner Armen- und Krankenhäuser getreten und sind dadurch, dass sie auch geistig Unfähige und alle Entstellten und Ekelerregenden aufnehmen, zu wirklichen Siechenhäusern geworden. Der Ausdruck „Siech“ — d. h. an einer langwierigen, allmählich zum Tode führenden Krankheit leidend — sowie Siechenhaus sind aber höchst unbestimmte, schwer zu umgren-

zende Begriffe geworden; sie stammen aus dem Mittelalter, wo Pest und Aussatz und andere ekelhafte Krankheiten herrschten, für welche man ausserhalb der Städte an ziemlich abgelegenen Plätzen besondere Gebäude, eine Art Absonderungsspitäler errichtete, die man Siechenhäuser nannte. Später gebrauchte man diesen Namen für gemeinsame staatliche Versorgungshäuser, in welchen vorherrschend Missbildete, geistig Defecte und unheilbare Irre der schlimmsten Sorte, deren Anblick mehr abschreckend wirkte, bleibend untergebracht wurden, lange, ehe man die Irrenheilanstalten als grossartige Schöpfungen unseres Jahrhunderts mit immer höherem Aufwande entstehen liess. In unserer Zeit der fortgeschrittenen Civilisation findet man aber den Namen Sieche oder Siechenhaus übelklingend und hart; man nennt deshalb die grossen gemeinsamen Bewahranstalten für allerlei Unglückliche, geistig und körperlich fehlerhafte, unbrauchbare Menschen schon mit Rücksicht auf die darin mitverpflegten normalen kranken und gesunden alten Leute gewöhnlich: (Provinz-, Kreis-, Bezirks-) Pflege-Anstalten.

Den auf den weitesten Grundsätzen der Selbstverwaltung beruhenden Kreisverbänden Badens gebührt das Verdienst, in richtiger Erkenntniss der geschilderten Missstände in der Armenpflege in ihrem eigenen Interesse als Landarmenverbände, sowie in Fürsorge für die Kreisgemeinden schon in den 70er Jahren als die Ersten es unternommen zu haben, solche grosse Armen- oder Pflegeanstalten errichtet zu haben, zuerst in alten dafür hergerichteten Gebäuden, später dann mit mehr Vortheil in neuerbauten, rationell angelegten Gebäude-Complexen. Es sind damit, wie wir sehen werden, die in socialer wie finanzieller Hinsicht segensreichsten, im Dienste einer richtigen Armenpflege unentbehrlichsten und zugleich originellsten Schöpfungen unserer Zeit ins Leben gerufen worden. Bis dahin kannte man wohl keine Anstalten mit so verschiedenen Zwecken und so gemischter Bevölkerung.

Dass sie einem wirklichen Bedürfnisse in dieser oder ähnlicher Form entsprungen und mit Rücksicht auf die öffentliche Armenpflege ihre Aufgabe richtig erfüllen, beweist der Umstand, dass solche Anstalten, wo sie bisher jetzt bestehen, wie in Baden, Elsass und Würtemberg, stets angefüllt sind und dass man immer mehr auch in andern Ländern, wie in Hessen auch in der Schweiz etc. dringend nach ähnlichen Errichtungen verlangt, wo jeweils die badischen Muster in Betracht gezogen werden. Sie bilden gleichsam die unterste Stufe in der Reihe der Versorgungshäuser, indem sie es als ihre Aufgabe anerkennen, die unbrauchbare Menschheit zu verpflegen, alle diejenigen Armen aufzunehmen und zu behalten, welche man in Familien und Gemeinden, in Spitälern, Pfrund- und Irrenhäusern, in Gefängnissen odern andern Anstalten nicht haben kann oder will.

### 3. Zweck- und Aufnahms-Bestimmungen.

Was die speciellen Ziele und Aufgaben der Pflegeanstalten anbelangt, so geht ihre Absicht dem Zuge unserer Zeit folgend zunächst dahin, in humaner und wohlthätiger Weise besser als bisher für die

zunehmende Zahl der verarmten und unglücklichen Menschen zu sorgen, diesen ein würdigeres Dasein zu verschaffen, den wirklich Kranken, Leidenden und Presthaften Trost und Hilfe zu bringen.

Nebstdem dienen sie zur Durchführung einer finanziellen Maassregel, welche darin besteht, bei guter und billiger Massenversorgung eine wesentliche Ersparniss, eine Verminderung der Armenlasten herbeizuführen, was dadurch möglich wird, dass eben von den Aufgenommenen immer noch ein nicht geringer Theil verwendet werden kann, theils zu gegenseitiger Hilfeleistung, theils auch zu andern leichtern nutzbringenden Arbeiten und Verrichtungen. Und gerade dadurch ist es dann auch gelungen, in solchen Anstalten eine nicht minder erfolgreiche sociale Aufgabe zu lösen: Nur bei der auf diese Weise gehandhabten sogen. geschlossenen Armenpflege, bei der steten Beaufsichtigung der Unterstützten ist es erst möglich geworden, diese näher kennen zu lernen und zu wissen, wen man unterstützt oder versorgt? So ist es dann auch gelungen, die nöthige Zucht und Ordnung in die verpflegten Massen zu bringen, die häufig boshaften und verwöhnten, ungenügsamen Armen auf ihren innern Werth zu prüfen, die Bettler und Vagabunden, sowie die Trinker wieder zur Enthaltsamkeit, zur Thätigkeit, zur Sitte zu bringen. Für manche verkommene verdorbene Menschen, Müssiggänger und Heuchler sind die Pflegeanstalten schon durch die Aussicht, dahin zu kommen, oder auch durch einen mehr oder weniger langen Aufenthalt in denselben die besten Erziehungsschulen zur Arbeit, zur moralischen Stärkung geworden, wenn es freilich gewöhnlich auch nur gelingt, die körperliche Arbeitskraft wieder herzustellen und nur bei wenigen auch zugleich die moralische Willenskraft zu stärken.

Dass deshalb die verwöhnten Armen keine besondere Lust tragen, in solche Anstalten verwiesen zu werden, ist begreiflich; gerade dadurch wurden aber viele Unterstützungen schon erspart, welche sonst als dringend nöthig gefordert und wohl auch erzwungen worden wären.

Nicht etwa Entbehrungen an der erforderlichen Nahrung oder Pflege ist es, was Viele fürchten, sondern zumeist nur die Nöthigung zu einer geordneten und thätigen Lebensweise; was ihnen da mangelt, ist der freie Lauf, um weiter dem Bettel und geistigen Getränke nachzugehen, das aber den meisten solcher Leute in Verfolgung des allgemeinen Zweckes und im Interesse einer gewissen Disciplin in einer solchen Anstalt nicht gewährt werden kann.

Neben der Versorgung der gewöhnlichen sogen. öffentlich unterstützten Armen können ferner grosse Pflegeanstalten vieles zur Entlastung der eigentlichen Krankenhäuser oder Heilspitäler, welche bekanntlich ja auch fast immer überfüllt sind, beitragen, indem sie eine Reihe von chronischen, gewöhnlich langwierigen, mehr oder weniger unheilbaren körperlich Kranken aufnehmen: Es sind dies besonders an Herz, Lunge, Magen oder andern Organen Leidende, vom Schlag gerührte, Gelähmte, gewöhnlich Unreine, ferner durch Alter Hilflose, Nervenleidende, Gicht- und Krebskranke und andere entstellende und

ekelerregende Neubildungen, unheilbare Syphilis, insbesondere die Tuberculose in all' ihren Formen, welche man in neuester Zeit so gerne aus den Hospitälern entfernt; sodann können hier von schweren acuten Krankheiten Genesene oder Reconvalescenten aus Spitälern ihre volle Arbeitskraft in billiger Verpflegung abwarten.

Zu all' diesen bunten Reihen von Armen, Alten, körperlich Kranken Pfleglingen aller Art kommen dann in solche gemeinsame Pflegeanstalten die sogenannten geistigen oder eigentlichen Siechen, ihres Verstandes unheilbar Beraubten. Es sind dies vor Allem die von Geburt Schwach- und Blödsinnigen, dann die schlimmsten Sorten der Halbnarren und Nervösen, viele Epileptiker, welche ja gewöhnlich auch geistig verarmen; dann die Idioten, Cretinen, Entstellten, und endlich Einige der unheilbar Verwirrten, der Melancholischen, bleibend Gestörten und Misslosen oder Versimpelten, welche wohl zum Theil früher schon in Irrenanstalten waren, aus diesen aber gebessert der sogen. Localversorgung in Familien überlassen wurden, wogegen man sich aber in unserer Zeit, besonders in der Armenpflege mit Recht immer mehr sträubt, weil dadurch gewöhnlich Störungen hervorgerufen, und auf diese Art ein menschenwürdiges Dasein doch nicht geschaffen wird. Naturgemäss werden dann überall da, wo von der Selbstverwaltung die grossen Pflegeanstalten eingerichtet werden, die für das Leben Unfähigen und Hilflosen zur gemeinsamen billigen und guten Versorgung übergeben und zwar gewöhnlich nicht nur die öffentlich unterstützten Armen, sondern mitunter auch solche aus vermöglichen, besitzenden Familien, welche letztere darin eine grosse Wohlthat erkennen.

Das Wesen einer grossen Armen-Pflege-Anstalt besteht somit darin, dass all die genannten Arten von Armen, für die man im Leben keine Verwendung mehr hat, und welche einzeln zur Versorgung übergeben, grosse Kosten verursachen, zusammenführt in eine gemeinsame und billige Verpflegung, wobei sie überwacht, vor Gefahren gechützt, und dem öffentlichen Aergerniss entrückt werden.

Solche Anstalten sind demnach in erster Reihe Armenhäuser im gewöhnlichen Sinne, dann Krankenhäuser, Invaliden-Pfründhäuser (für alte Leute), dann Arbeitshäuser, Besserungs-Anstalten, ferner Trinkerasyle, zuletzt auch Irren- und Siechenhäuser; man könnte sie auch Armencolonien nennen, da sie vorwiegend der öffentlichen Armenpflege dienen und nur ausnahmsweise auch zahlungsfähige Kranke oder hilflose Menschen gegen eine ihrem Vermögensstand entsprechend höhere Vergütung aufnehmen.

### 4. Der äussere Eindruck solcher Anstalten.

Der Anblick und das Aussehen solcher gemeinsamen Pflege-Anstalten, wo so viel menschliches Elend aller Art sich anhäuft, ist gelinde gesagt, auffallend eigenthümlicher Art, in der That wenig sympathisch oder angenehm, wenn auch für einen Menschenfreund höchst interessant. Beim

Anblick so vieler Unglücklicher, abnormer und siecher Menschen erscheinen solche Armen-Anstalten für jeden Besucher geradezu als unheimliche Stätten des Schreckens und Entsetzens. Von Seiten des grossen Publikums ist deshalb ihre Beurtheilung immer eine befangene, von Vorurtheilen irre geleitete, einseitige, wenig freundliche, wozu die vielen geheuchelten Klagen einzelner Pfleglinge über Mangel an Nahrung, Entziehung der Freiheit und ungerechte Behandlung, um bei der leichtgläubigen Mitwelt das Erbarmen zu Almosenspenden anzuregen, noch wesentlich beitragen. Es ist deshalb nicht rathsam, wie man ursprünglich meinte, durch Offenhalten der Anstalt und durch möglichstes Freigeben der Besuche, durch eine Art lebendiger Controle des Betriebes und der Leistungen eine wohlthätige Einwirkung auf die Beurtheilung der Anstalt herzustellen. Die meisten neugierigen Besucher verkennen und missverstehen die Verhältnisse und wirken ausserdem häufig aufregend und nachtheilig auf die Pfleglinge ein. Es ist deshalb eher geboten, die Besuchsfreiheit, auch schon mit Rücksicht auf die Gestörten, möglichst einzuschränken und nur den Angehörigen von Pfleglingen an gewissen Tagen und Stunden einen kurzen Aufenthalt in der Anstalt zu gestatten.

5. Vereinigung eines Armenhauses mit einer Siechenanstalt.

Dadurch, dass in Pflege-Anstalten, wie wir gesehen haben, von Anfang an neben den körperlich Unfähigen nicht wenig geistig Defecte aufgenommen werden müssen, und da solche sich eher bemerkbar machen und in ihrer Erscheinung mehr auffallen, kann nicht geleugnet werden, dass sie auf den ersten Blick den Eindruck eines Irren- oder Narrenhauses machen. Gerade dieser Umstand hat zu verschiedenen Beanstandungen und unrichtiger Beurtheilung solcher Anstalten geführt. Einige Irrenärzte von Beruf haben ihre Bedenken erhoben gegen die Vermengung von geistig Gestörten mit körperlich Kranken, weil beide Arten ganz verschiedene Bedürfnisse hätten. Die bisher in solchen Anstalten gemachten Erfahrungen haben aber ergeben, dass die Vereinigung von körperlich Siechen mit einer gewissen Zahl und einer bestimmten Art von geistig Siechen bei richtiger Vertheilung recht wohl angeht und dass die Befürchtungen wegen besonderer Störungen und Unzuträglichkeiten in der That nicht zutreffen. Die meisten Schwierigkeiten in solchen Anstalten kommen von den rohen, bösartigen und gewissenlosen Armen, von den Säufern und von den händelsüchtigen nervösen Frauen her.

Eine Armenpflege-Anstalt wird ohne weiteres das Bild einer Irrenanstalt oder geistigen Siechenanstalt darbieten müssen, weil, wie wir gesehen haben, von Anfang an die geistig Unfähigen aus den Ortschaften und Familien aufgenommen werden müssen. Schon diese geben ihnen mehr oder weniger ein solches Gepräge. Das wird auch nie anders sein können, wenn man nicht grade zwei Anstalten statt einer haben will, wodurch nichts erreicht würde, als dass die Lösung der Armen-

Aufgabe wesentlich vertheuert und Armenzwecken gradezu widersprechen würde.

In einer grossen Anstalt von mehreren Hundert Insassen ist die Vereinigung von körperlich und geistig Siechen schon möglich. Es geht dann auch noch an, wenn zu diesen noch einige unheilbare Fälle von erworbenen Geisteskrankheiten hinzukommen, welche aber ruhig, harmlos und ungefährlich sein müssen: solche, welche nach mehr oder weniger langen Heilversuchen wesentlich gebessert, für das Leben aber unfähig, oder blöde gewöhnlich gern aus den Irrenanstalten entlassen und in ihre Heimath gegeben werden, weil sie nur noch überwacht, vor Schaden bewahrt und richtig ernährt zu werden brauchen. Es hat sich gezeigt, dass solchen die Versetzung in Pflege-Anstalten häufig nur Vortheil bringt, indem sie sich, wenn ihr Geist überhaupt noch dazu fähig ist, in der einfachen, ihren Gewohnheiten vielleicht mehr entsprechenden Anstalt, im Gefühle grösserer Freiheit, im Umgang mit geistig gesunden Leuten und bei passender früher gekannter Beschäftigung eher zurecht finden, ihr freieres Bewusstsein und ihre Selbständigkeit bälder erlangen, als innerhalb einer strengen Irrenanstalt, bei deren Bau und Betrieb man den weitgehendsten Anforderungen an die Fürsorge für Verwahrung und Heilung solcher Kranken im höchsten Grade gerecht wird und wo Bedürfnisse vorgesehen sind, welche für die Mehrzahl der einfachen Leute nicht bestehen.

Nach zwanzigjähriger Wahrnehmung in einer zweckmässig eingerichteten Armen-Pflege-Anstalt (Freiburg) kann ruhig behauptet werden, dass ohne Anstand eine gewisse Zahl geeigneter Fälle von ruhigen Gestörten mit andern Armen verpflegt werden kann; ja es muss gradezu behauptet werden, dass eine solche Pflege-Anstalt ihren Zweck und ihre Bestimmung verkennen und verfehlen würde, wenn sie sich weigern wollte, grade die schlimmsten Sorten von Armen im Geiste — die Aermsten der Armen — wie man sie gewöhnlich nennt, mit aufzunehmen.

Es ist wohl begreiflich, dass bei der steten Unzulänglichkeit der Staatsirrenanstalten gern leicht versucht wird, den Armenpflege-Anstalten auch andere, weniger geeignete noch unruhigere und reizbare, oder gar zu gern auch die allerblödesten und unreinlichsten Fälle zuzuweisen. Erklärlich ist in dieser Beziehung einerseits der Wunsch der Irrenanstalten solche Geisteskranke abgeben zu können, an denen die Heilversuche erfolglos blieben, wie auch anderseits das Verlangen der Armenverbände, ihre langwierigen, unverbesserlichen Gestörten in ihre billigen Pflege-Anstalten verbringen zu können, denn es ist in jedem einzelnen Falle gleichbedeutend mit einer nicht unerheblichen Geldersparniss, deren Vortheil um so mehr in die Augen springt, als die Versorgung eines unheilbar Gestörten sich nicht selten auf Jahrzehnte erstreckt. Während auf dem Armenwege in Staatsanstalten mindestens 1 M. für Person und Tag bezahlt werden muss, genügt in einer Armenpflege-Anstalt ein Satz von 30, 40 oder höchstens 50 Pfennig. Es versteht sich aber, dass das nie den Ausschlag geben darf.

So sehr wir einerseits für eine gemeinsame Verpflegung der armen geistig und körperlich Siechen eingetreten sind und deren Möglichkeit nachgewiesen zu haben glauben, müssen wir aber entschieden davor warnen, dass die gemeinsamen Armenanstalten in der Aufnahme von Geisteskranken zu weit gehen oder gar auch solche unruhiger, lärmender Art oder sonst ungeeignete Fälle annehmen; dafür sind solche Communalanstalten weder geschaffen noch eingerichtet; es fehlt ihnen hierzu an den erforderlichen Räumlichkeiten, an dem zahlreicheren, zuverlässigeren Pflegepersonal und einer entsprechenden Anzahl von Aerzten. Wäre alles das vorhanden, dann wären sie keine einfachen Armenanstalten mehr.

## 6. Die Irrenfürsorge ist Pflicht des Staates.

Mit der Erörterung der Zulässigkeit der Aufnahme von Geisteskranken in provinciale Pflege-Anstalten berühren wir die bedeutsame Frage der Irrenfürsorge im Allgemeinen, welche gerade gegenwärtig in allen Theilen unseres grossen Vaterlandes ausgedehnten Erörterungen unterzogen wird. Es ist bekannt, dass die bestehenden Irrenanstalten an steter Unzulänglichkeit oder Raummangel leiden und dass die Irrenfürsorge immer grössere Opfer erfordert. Kaum ist eine neue Irrenanstalt erbaut und fertig gestellt, ist sie sofort wieder angefüllt, und bald wieder ertönt der Ruf nach Erweiterungen oder Neubauten. Die Zahl der Geisteskranken in den Irrenanstalten hat unverkennbar im Laufe der letzten Jahrzehnte mit überraschender Schnelligkeit zugenommen, eine Erscheinung, welche wohl überall zu Tage tritt und sich nebst anderm dadurch erklärt, dass das grosse Publikum immer mehr die frühere Scheu vor den Irrenhäusern verliert und dass diese der zu fürchtenden Rückfälle halber die gebesserten Fälle nicht mehr so leicht und so rasch entlassen, und andrerseits die Familien häufig die Zurücknahme verweigern. Kein Kranker erweist sich eben im häuslichen wie öffentlichen Verkehre so störend und unbrauchbar wie ein Gestörter oder Verwirrter.

Als unbestritten richtig wird es nun immer mehr allgemein anerkannt, dass der Staat oder an seiner Stelle auch eine grosse Provinz die Verpflichtung zu übernehmen hat, für die eigentlichen Geisteskranken in Landesirrenanstalten zu sorgen und zwar so lange entweder eine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, oder so lange sie einer besonderen, umständlichen Pflege und Behandlung bedürfen; oder endlich, so lange sie noch für sich und andere gefährlich werden können. Für solche Unglückliche sind die besten und ausgedachtesten Staatsanstalten mit den vollkommensten, allen möglichen Heilzwecken dienenden Einrichtungen geradezu gut genug. Es ist eine der berechtigtsten Forderungen unserer Zeit, dass zur Heilung und Besserung solcher Kranker von Staatswegen und zwar soweit, als es das Bedürfniss erfordert, alles aufgeboten wird, wenn auch grosse Opfer gebracht werden müssen. Keine andere Corporation oder Gemeinschaft kann das hierzu nöthige Vertrauen beanspruchen. An diesen alten und bewährten Grundsätzen wird unbedingt festgehalten werden müssen.

Wenn aber bei der steten Zunahme der Geisteskranken nicht die Nothwendigkeit von theuern, immer Millionen kostenden Staatsanstalten ins Unendliche wachsen soll, so wird es wohl an der Zeit sein, Mittel und Wege zu suchen, wie den grossen Anforderungen begegnet werden kann, wofür die Laienwelt gewöhnlich nicht immer das nöthige Verständniss zeigt, und gern von Luxusbauten etc. spricht. Man wird daran denken müssen, die jetzt bestehenden und überfüllten Anstalten, wenn die Irrenpflege nicht in bedenkliches Stocken gerathen soll, in ausgiebiger Weise zu entlasten, zu erleichtern, indem man es ihnen möglich macht, die sogen. unheilbaren, abgelaufenen Fälle, an welchen sich nach längerer oder kürzerer Dauer die Heilversuche als erfolglos erwiesen haben, so dass sie einer speciellen irrenärztlichen Behandlung nicht mehr bedürfen, abgeben zu können. Solche chronische, bleibend unruhige und noch leicht erregbare Geistesgestörte bedürfen wohl immer noch einer angemessenen Pflege in einer Anstalt mit strenger Aufsicht, mit gut geschultem Pflegepersonal und mit speciell ausgebildeten Aerzten, aber nicht mehr der strengen Heilanstalten mit den vollkommensten Ausrüstungen. So lange sie in diesen verbleiben müssen, können sie nicht anders, als im Rahmen und nach den Normen dieser Anstalten mit grossen Opfern für Staat und Angehörige oder unterstützungspflichtige Armenverbände verpflegt werden.

Für solche chronisch gewordenen Fälle genügen auch Anstalten mit einfacheren Bauten und billigerem Betriebe mit dem ausgesprochenen Charakter von Pflege-Anstalten, in welchen in weit billigerer Weise dieser Art von Kranken immerhin noch das nöthige geboten werden kann.

Man mag dabei vielleicht da und dort an die von der öffentlichen Armenpflege errichteten Anstalten als Zufluchtsorte für die genannten Geisteskranken gedacht haben; es muss aber eine solche Absicht als ein unglücklicher und unausführbarer Gedanke, welcher auch für die betreffenden Kranken nur von schlimmen Folgen begleitet sein würde, von vornherein zurückgewiesen werden. Es wird auch wohl schwerlich gelingen, die Organe der communalen Verwaltungen dazu zu bewegen. Es kann deshalb nicht ausbleiben, dass diese Aufgabe, einfachere Irrenhäuser, man mag sie dann, wie vorgeschlagen wurde, Sanatorien oder Genesungshäuser oder sonstwie nennen, ebenfalls nur dem Staate in möglichst naher Zeit zufallen wird oder muss, so dass der Staat die volle Fürsorge für die Irren im eigentlichen Sinne allein in der nöthigen Weise übernimmt, somit für beste Heilanstalten, wie für einfachere Irrenpflegeanstalten sorgt.

Es bleibt dann immer noch die einfache Versorgung einer nicht geringen Classe von harmlosen geistig Defecten, ruhigen Hilflosen — den eigentlichen Siechen als Aufgabe der Armenanstalten übrig. Dadurch, dass diese die von den Staatsanstalten abgegebenen Fälle leichter aufnehmen können, als sie in Familien untergebracht werden können, trägt auch die Selbstverwaltung zur Erleichterung der Staatsaufgabe Einiges bei. Bei der nöthigen Beschränkung auf die geeigneten Fälle wird es immer möglich sein, einerseits dem berechtigten Verlangen der Gemeinden oder

Armenverbänden, andererseits den begründeten Wünschen der Staatsirrenanstalten nachzukommen, ohne mit den besorgten Psychiatern fürchten zu müssen, dass dadurch die Armenpflege-Anstalten zu Neben-, Winkel- oder Halb-Irrenanstalten auswachsen könnten. Eine solche Anstalt, welche mit armen, knappen Mitteln rechnen muss, wird durch die Aufnahme von einigen alten Fällen von Geistesgestörten noch lange keine psychiatrische Anstalt. Das soll und darf sie nicht sein. Es giebt in dieser Beziehung eine natürliche Grenze, einerseits durch die nöthige Rücksicht auf den geordneten einfachen, billigen Gang und Betrieb dieser vorherrschend armen Anstalten, andrerseits aber auch darin, dass in solchen Anstalten doch immer die grössere Anzahl geistig gesunder und alter Leute oder sonst kranker Pfleglinge sich befindet, welche nicht belästigt sein wollen. Es regelt sich demnach die Frage, wie weit die Aufnahme von Geisteskranken in Armenpflege-Anstalten gehen kann, von selbst durch den natürlichen Gang der Dinge, und wo dies nicht der Fall sein sollte, so kann die Staatsaufsicht ja leicht das Nöthige dazu beitragen. Bei allseitigem gutem Willen wird es gewiss nicht schwer sein, sich darüber zu verständigen, wenn nur die Bestimmung aufrecht erhalten bleibt, wonach die communalen Anstalten die Gestörten nur versuchsweise oder bedingungsweise aufzunehmen haben d. h. dass solche Kranke sofort wieder zurückgegeben werden können, sobald sie sich als ungeeignet erweisen sollten oder auch vielleicht einen Rückfall ihrer Krankheit erfahren würden.

### 7. Direction und Disciplin.

Eine unerlässliche Bedingung für die Versorgung eines nicht geringen Theils von Geisteskranken in Pflege-Anstalten muss nebst den nöthigen Räumen und den geeigneten Einrichtungen auch darin bestehen, dass der Vorstand oder oberste Leiter einer solchen Anstalt nur ein Arzt sein kann, der neben den nöthigen Administrations-Kenntnissen auch ein genügendes Verständniss für das Wesen der Gestörten und deren Behandlung besitzt; denn auch unheilbare Geisteskranke bedürfen der ärztlichen Fürsorge wie die Heilbaren. Solange nicht Aerzte die für Alles verantwortlichen Leiter von solchen Anstalten sind, können sie den für das Wohl aller mehr weniger kranken Leute unbedingt nothwendigen Einfluss auf deren Gesammtbetrieb nicht ausüben. Der Arzt allein kann auch die in solchen Anstalten eingeführten wohlthätigen Beschäftigungen richtig anordnen und überwachen.

Es ist wohl begreiflich, dass es bei der Verschiedenartigkeit der Insassen einer grossen Armenanstalt, deren Leitung gewiss keine leichte Aufgabe darstellt, allen Ernstes bedarf, Friede und Ordnung und ein möglichst einträchtiges Zusammenleben in eine derart zusammengewürfelte Gesellschaft oder Bevölkerung von allerlei fehlerhaften, verunglückten, geistig Unfähigen mit einer grösseren Anzahl böser ungebildeter Menschen zu bringen, welche gar leicht zu Ausschreitungen geneigt, sich sehr oft in Rede und That gehen lassen, wie es ihnen gefällt. Hier hat man

Gelegenheit, wie nicht leicht irgendwo, die Kehrseite der menschlichen Natur, deren Laster und Unarten kennen zu lernen. Der glückliche Theil der menschlichen Gesellschaft hat wohl keine Vorstellung von dem Grade der Frechheit, Verdorbenheit, Lüge, Zanksucht, Heuchelei, Verläumdung und steter Unzufriedenheit, wie sie hier in schönster Blüthe zu sehen und zu finden sind. Es ist solchen Unarten um so schwerer beizukommen, als diese Leute wissen, dass gegen sie strengere Zwangsmittel oder Strafen nur im äussersten Falle oder nur in geringem Maasse in Anwendung kommen dürfen. Und doch ist es möglich geworden, wie die Erfahrung zeigt, mehr als es auf den ersten Blick erscheinen möchte, ein genügendes Zusammenwirken so verschiedener Elemente zu erzielen dadurch, dass man soviel als möglich Gelegenheit zur Arbeit giebt. Zum Glück ist immer bei dem einen Theil der Insassen der Sinn für Recht und Sitte, für Bescheidenheit und Genügsamkeit, die Nächstenliebe, Fleiss und Dank für die empfangenen Wohlthaten noch zu finden. Solch gute Eigenschaften Einzelner bieten dann wieder eine wohlthuende Entschädigung für die erlittenen Kränkungen und für die oft ganz erfolglose Aufwendung so vieler Mühe für Hebung der in Rohheit Versunkenen und Unverbesserlichen.

## Zweiter Abschnitt.

### 8. Bau und Anlage.

Entsprechend dem Hauptcharacter der Pflegeanstalten als Armenhäuser ist deren ganzes Wesen nach dem Grundsatze der Einfachheit in Anlage, Bau, Verwaltung, Haushalt, Verpflegung, Personal etc. einzurichten. Als humanen Zwecken dienende Communalanstalten treten sie in Gestalt von freundlichen, stattlich und soliden, aber schmucklosen Gebäude-Complexen in die äussere Erscheinung.

Während eigentliche Krankenspitäler eher klein sein sollen, um eine zu grosse Anhäufung von ansteckenden Krankheiten zu vermindern, gedeiht ein Armen- oder Siechenhaus am besten, wenn es eine gewisse Grösse hat, um bei gegenseitiger Ausnutzung der vorhandenen Arbeitskräfte, bei möglichst wenig Aufsichts- und Bedienungspersonal die Pflege eine billige werden zu lassen.

Um alle Störungen von solchen Anstalten fernzuhalten, sollen sie in einem gewissen Grade dem lärmenden Verkehre entrückt, mehr entlegen und abgeschlossen sein, ohne jedoch vereinsamt zu stehen oder gar einen unheimlichen, gefängnissartigen Eindruck zu gewähren. Wie wir sehen werden, ist mit Rücksicht auf die Befriedigung der vielen Bedürfnisse einer grossen Anstalt eine gewisse Nähe eines möglichst grossen Ortes oder einer Stadt, wo es angeht, in der Mitte der Provinz, oder des Bezirkes vorzuziehen.

Bei der Anlage solcher Anstalten muss vor Allem auf einen genügend grossen Flächenraum Bedacht genommen werden: zunächst ist

es nothwendig, ein grösseres bebaubares Gebäude zu nutzbringender Beschäftigung zu haben, sodann soll dadurch ein gewisses Fernhalten von etwa störender Umgebung geschaffen werden; auch ist es geboten, von vornherein Rücksicht zu nehmen auf ein etwaiges späteres Bedürfniss und erforderlich die Baulichkeiten nach einem einheitlichen Plane so zu stellen, dass ein oder mehrere Erweiterungsbauten ohne Störung und ohne Nachtheil der ursprüglichen Anstalt eingereiht werden können; denn es liegt in der Natur der Sache, dass bei dem steten Wachsen der Bevölkerung das Proletariat in noch stärkerem Maasse zunehmen wird, dass demnach an eine Verminderung der Ansprüche an die Armenpflege in keiner Weise zu denken sein dürfte. Die socialen Versicherungsgesetze haben in dieser Beziehung die Hoffnungen noch nicht erfüllt, die man darauf setzte. Die Anforderungen werden eher noch in dem Grade anwachsen, als die Fürsorge für die Armen und Kranken nach den gesteigerten humanen Grundsätzen unserer Zeit eine immer bessere wird und die Scheu der Armen vor öffentlichen Anstalten mehr verschwindet, denen sie bisher gewöhnlich das Elend und die Entbehrungen ihrer eigenen dürftigen Häuslichkeit vorgezogen haben.

Die wichtigste Aufgabe bei der Absicht, eine grosse Anstalt zu bauen, wird die sorgfältige Auswahl des rechten Bauplatzes bilden. Gar vieles wird von der örtlichen Lage abhängen, als deren erste und unerlässliche Erfordernisse zu bezeichnen sind: Schutz gegen heftige, zumal nördliche Windströmungen, Umgebung von frischer, lebhafter Vegetation (Gärten, Wiesen, Wald etc.), ferner besonders hinreichend gutes und gesundes Wasser aller Art und endlich freies, höher gelegenes, trockenes Baugelände mit natürlicher Entwässerung etc. etc.

Dass unter allen Umständen nur ein rationell angelegter völliger Neubau vorzuziehen ist einer etwaigen Verwerthung von vorhandenen anscheinend billigeren älteren Baulichkeiten, dürfte nun nach den allenthalben gemachten Erfahrungen keinem Zweifel mehr begegnen; denn nur in einem Neubau können, abgesehen von der zweckmässigeren Stellung der Gebäude zu einander, die wirthschaftlich-hygienischen, wie praktisch-technischen Einrichtungen der Neuzeit angebracht werden, welche durch Vereinfachung des Betriebes und fortlaufende Ersparnisse in kurzer Zeit die Mehrkosten eines Neubaues einbringen.

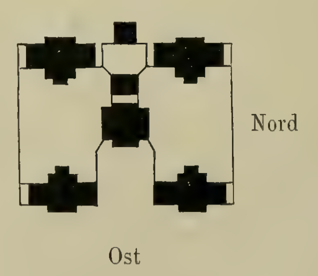
Die Gruppirung der einzelnen Gebäude sammt der Küche in unmittelbarem Zusammenhang oder unter ein Dach, etwa in ein geschlossenes Viereck ist zum vorhinein zu verwerfen, weil dadurch der nöthigen Luft und dem Lichte der Eintritt verwehrt wird.

### 9. Art und Stellung der Gebäude.

Die Aufstellung eines richtigen Bauprogrammes kann nur von dem angegeben werden, welcher mit den zahlreichen Bedürfnissen und der Verwaltung einer solchen Anstalt wohl vertraut ist und sollte ja nie

einem Baumeister allein überlassen werden. Die passende Stellung oder Anreihung der einzelnen möglichst freistehenden Bauten muss sich vor Allem nach den Erfordernissen und nach der Bequemlichkeit des hauswirthschaftlichen Dienstes richten. So muss es als ein unbedingt glücklicher Gedanke betrachtet werden das Wirthschaftsgebäude, von dem die Hauptthätigkeit — die Sorge für Nahrung und Reinlichkeit auszugehen hat — die Küche und Waschküche in die Mitte der ganzen Anlage zu verlegen. Dadurch werden zugleich die Höfe nach Geschlechtern und zwei gleiche Hälften räumlich getrennt. Unmittelbar hinter diesen liegen wohl angebracht die zum Betrieb der Koch- und Wasch-Apparate sowie zur Heizung der ganzen Anstalt dienenden Dampferzeuger mit dem hohen Rauchkamine. Um diesen gemeinschaftlichen Mittelpunkt gruppiren sich dann in Weitem allseits offenem Viereck in genügender Entfernung von einander die Wohn- oder Aufnahmsgebäude der Pfleglinge mit je zwei gegenüberstehenden dreistöckigen Wohnhäusern. Des Kostenpunktes halber ist man wohl berechtigt, grössere aus mehr (etwa drei) Stockwerken mit entsprechenden Zimmerhöhen bestehende Gebäude zu errichten. Will man dann zwischen die beiden grossen Aufnahmsgebäude, noch etwa kleinere und niedrigere Absonderungshäuser für Unreinliche oder Kranke oder Pensionäre stellen, so wird man zweckmässig die ersteren gleich ziemlich weit auseinanderrücken.

Die vier Flügelbauten stehen absichtlich am besten mit ihrer Längsaxe von Süd nach Nord mit gegeneinander gewendeten Eingangsseiten etwa nach folgendem Bilde:




Alle diese Bauten sind am besten ringsum von nutzbringenden Gärten und Anlagen umgeben, von denen die grossen Höfe durch gedeckte Wandelgänge oder Spazierhallen getrennt sind.

## 10. Innere Eintheilung.

Die Eintheilung der vier Wohngebäude kann höchst einfach gestaltet werden. Von einem für sich abgeschlossenen Treppenhaus gelangt man in den kleinen Vorplatz, welcher zur Vermittlung der einzelnen Säle, Bäder und Aborte dient. Ein grosser Saal von etwa 10—12 Meter

im Geviert ist nothwendig als Aufenthaltsort bei Tag, zum speichen und arbeiten, daran stossen dann in gleicher Grösse zwei Kranken- oder Schlafsäle an, welche nach dem sog. Pavillonsystem gebaut, von drei Seiten Luft und Licht erhalten, somit den ganzen Tag unsern wichtigsten Lebenselementen directen Zutritt gestatten. Es dürfte solche Art von Schlafsälen, in welchen ja die halbe Lebenszeit verbracht wird, gerade für die Zwecke solcher Anstalten gegenüber dem alten Corridorsystem, wobei die unreine Luft aus den Sälen in die Gänge und aus diesen gewöhnlich wieder in die Säle zurückgetrieben wird, als vorzüglich bewährt anzusehen sein. Für die genannten luftigen Schlaf- oder Krankensäle mit 6—8 gegenüberliegenden grossen Fenstern in Verbindung mit künstlicher Ventilation genügt die Bestimmung eines Luftraumes von 12—15 cbm pro Bett, und so vermag ein solcher Saal bequem durchschnittlich 25—30 Betten zu fassen. Grössere Schlaf- und Krankenzimmer für vorübergehend leicht Erkrankte, Presthafte etc. zeigen sich entschieden billiger zu erstellen, und gewähren sonst wesentliche öconomische Vortheile bezüglich der Erwärmung, Beleuchtung und Wartung etc. Für eigentliche schwere, mehr stets bettlägerige, fiebernde, eiternde, störende Kranke kann in jedem der vier grossen Bauten der nach Süden gelegene Saal des 3. Stockes in Einzelzimmer für 1, 2, 3 oder 4 Pfleglinge ausgebaut werden. Für Unreinliche, Unartige, zeitweilig Unruhige, Unverträgliche oder Lärmende kann man kleinere Räume in den unteren Stockwerken einrichten, in wohlthätigem Anschluss an abgesonderte, halbgedeckte Lufthöfe.

In den theilweisen Unterstöcken (Souterrains) der Männerbauten können grosse lichte Räume zu Werkstätten für Schreiner und Schuster etc., sowie Platz zu allen möglichen Beschäftigungen geschaffen werden. Unter den Frauenbauten befinden sich am besten die Keller für Gemüse, Kartoffeln und Wein etc. Auch die Dachräume können theilweise noch zu kleineren Absonderungszimmern oder zu den recht nothwendigen Kleiderkammern ausgenützt werden. In dem Mittelbau können über Küche und Waschküche neben dem central gelegenen Verwaltungszimmer noch Wohnungen für verheirathete Angestellte, wie Verwalter und Heizer, welch letzterer zugleich Mechaniker sein soll, hergestellt werden. Alles andere Dienstpersonal ist am besten ledig, in möglichst geringer Zahl, aber für entsprechende Leistungen gut bezahlt; dasselbe muss im dienstlichen Interesse in unmittelbarer Nähe der einzelnen Kranken- oder Schlafsäle oder in denselben selbst wohnen.

### 11. Centralfeuerung.

Die Erwärmung sämmtlicher Wohnräume wird am besten und billigsten erreicht durch eine Centralfeuerung mit Dampfkesseln, von denen der erzeugte Wasserdampf durch umwickelte Eisenrohre durch unterirdische Kanäle in einen mit Körting'schen Rippenrohren ausgefüllten, tief gelegenen Heizraum eines jeden Gebäudes abgeführt wer-

den kann, von wo dann die erwärmte Luft in senkrecht aufsteigenden Kanälen oder Kaminen für alle darüber liegenden Räume, auch für Gänge und Aborte abgezogen wird. Es stellt dies das System der combinirten Dampfluftheizung dar, die billigste und rationellste Heizeinrichtung gegenüber Oefen oder Heisswasserröhren etc. Durch Dampf kann dann ausser der Heizung aller Wohnräume auch das Kochen der Speisen in grossen Kesseln, sowie das Erwärmen des Badewassers bewirkt werden. Gerade durch die Erfüllung so verschiedener Zwecke wird die Centralheizung nützlich und rentabel, indem damit nicht nur der Betrieb sehr vereinfacht, viel Material und Bedienung gespart, für Aufstellung von Oefen kein Raum geschmälert oder mit solchen kein Unfall durch Verbrennung hervorgerufen wird. Das Gute der Centralheizung liegt ferner noch in dem Umstande, dass damit immer eine künstliche Ventilation verbunden sein muss; es findet also neben der Erwärmung der Räume immer auch eine Lufterneuerung in denselben statt, was gerade für solche Anstaltszwecke von besonderem Vortheil ist.

In Armenpflege-Anstalten sollte das gesammte Mobiliar: Die Zimmereinrichtungen und Betten von gewöhnlicher, einfacher Art sein, so dass es zum grössten Theil von den Pfleglingen angefertigt und wieder ergänzt werden kann. Am besten sind unangestrichene Tischlerarbeiten, deren Reinhaltung in mancher Hinsicht besser zu handhaben und zu überwachen ist, als angestrichene farbige Möbel. Die Bettstellen sind am besten von Holz, nicht nur, weil sie billiger sind als eiserne, sondern weil sie wärmer sind, viel weniger Geräusch verursachen und bei der richtigen Gestaltung dieselben Vortheile bieten, die man gewöhnlich von den eisernen erwartet, nämlich Schutz gegen allerlei Ungeziefer. Als Ein- oder Unterlagen eignen sich vorzüglich die billigen, nahezu unverwüstlichen Spiralfederroste; darüber ohne directen Zusammenhang Matrazen von Seegras oder Pferdhaar. Solche Betten können jederzeit auseinandergelegt und gründlich gereinigt werden. Für ganz Reinliche gebraucht man gewöhnlich Strohsäcke, statt dieser aber in neuester Zeit auch Torfmull, welches Geruch und Feuchtigkeit mehr absorbirt und noch bequemer zu handhaben ist.

## 12. Leitung und Betrieb.

Die gedeihliche Wirksamkeit eines grossen Armen-Krankenhauses oder einer Pflege-Anstalt ist nur gesichert durch eine sachkundige, einheitliche Leitung, welche mit verantwortlicher Selbständigkeit ausgestattet, überall fördernd und belebend einwirkt, alle Bedürfnisse richtig kennt und eine kräftige Disciplin handhabt. Das Naturgemässe wird sein, dass eine selbständige Direction, schon mit Rücksicht auf die vielen geistig Fehlerhaften, wie schon bemerkt, nur in der Hand eines Arztes sein kann, dem ein Administrativ- oder Rechnungsbeamter zur Besorgung des öconomischen Theiles der Geschäfte untergeordnet ist. Was die zulässige Grösse für eine Armenpflege-Anstalt betrifft, so wird

im Allgemeinen anzunehmen sein, dass eine solche, wenn sie auf billige Verpflegung abhebt, nicht unter 300 Bewohner haben soll, aber in aufsteigender Richtung auch nicht über ein gewisses Maass, nicht gern über 600 und als höchst zulässige Zahl nie über 750—800 Personen hinausgehen darf, um noch gehörig übersehen und geleitet werden zu können.

### 13. Beschäftigungen.

Wie wir schon gesehen haben, ist das Leben und Treiben in solchen Anstalten gegenüber einem Krankenhaus ein höchst mannigfaltiges. Es hat seiner Zeit nicht wenig überrascht, als diese Anstalten bezüglich der Unfallversicherung in die Nahrungsmittel-Berufs-Genossenschaft eingereiht wurden; es musste dies aber als wohlbegründet und richtig anerkannt werden, da ja das Wesen einer solchen Anstalt doch immer als ein grosser wirthschaftlicher Betrieb oder Apparat zu betrachten ist, mit welchem man eine erhebliche Zahl armer, hilfloser Mitmenschen ernährt und pflegt. Eigentlich ist es eine Vereinigung von verschiedenen Betrieben und Gewerben, welche ähnlich einem industriellen Geschäfte sich gegenseitig ergänzen und helfend in einander greifen oder ein grosser Haushalt, an dem jedes Glied der Familie nach Kräften an seiner Stelle mithilft zum Gelingen des Ganzen. So müssen in solchen Anstalten Arbeitsstätten für verschiedene Handwerker eingerichtet werden: für Schneider und Näherinnen, für Schuster, Schreiner, Glaser, Korbmacher, Schlosser, Blechner, für welche immer Arbeit genug da ist; mit alten Maurern und Verputzern können manche nützliche Ergänzungen, Aenderungen oder Ausbesserungen ausgeführt werden; die alten Maler helfen vieles wieder verschönern; die Presthaften, körperlich Unbeholfenen können beim Sitzen zum Zusammenlegen von Düten, zum Verlesen von Kaffee oder Federn, zum Aufnähen von Fabrikknöpfen oder Perlen angehalten werden. Eine hervorragende, gesunde und ertragreiche Arbeit für kräftigere Männer bietet die Spatencultur, die Gärtnerei und, wo es angeht, auch der Rebbau oder Obstpflanzungen.

Von den Frauen findet eine grössere Anzahl täglich Arbeit bei der Wäsche, wobei im Allgemeinen das einfache Verfahren des Waschens mit Händen vorzuziehen ist den umständlichen maschinellen theueren Einrichtungen. Es gehört auf die Frauenseite eine grosse Nähstube. Viele beschäftigen sich gern mit Stricken oder Häkelarbeiten. Die tauglichsten und reinlichsten Frauen können beim Kochen und Zurichten der Gemüse beschäftigt werden, nicht wenige auch bei der Pflege der Kranken sich nützlich erweisen.

In den Armenpflege-Anstalten soll somit in erster Reihe jedmögliche Arbeit gepflegt werden, von der man nicht nur materiellen Gewinn, sondern vor allem den besten Erfolg in psychisch-moralischer Hinsicht erwarten darf. Die Arbeit ist also in solchen Anstalten zunächst Selbstzweck; die Arbeit bringt jedem nicht ganz verkommenen und verdorbenen, gewöhnlich auch den geistig Kranken eine gewisse innere Befriedigung

und Seelenruhe; sie ist das beste Mittel zur Besserung und sittlichen Kräftigung; die meisten der Pfleglinge verlangen auch entweder selbst nach irgend einer Beschäftigung oder es genügt ihnen eine einfache Aufforderung dazu.

Naturgemäss reihen sich dann an die Beschäftigungen im Freien, wie im Innern der Gebäude, an einen derart grossen Haushalt einige kleinere landwirthschaftliche Zweige an, welche leicht einzurichten und zu unterhalten sind und schliesslich ganz ansehnliche Erträgnisse liefern. So ist zur Verwendung der Abfälle aus Küche und Gärten etc. recht vortheilhaft die Haltung von Schweinen und Geflügel (Hühner, Gänse und Enten) oder auch Hasen (Lapins).

Einen grösseren landwirthschaftlichen Betrieb etwa mit Viehhaltung, Milchwirthschaft oder Fruchtbau können wir niemals als Aufgabe einer Pflege-Anstalt ansehen, weil die nöthigen billigen Arbeitskräfte dazu fehlen müssen, wenn nicht die richtige Vorschrift umgangen wird, wonach jeder wieder erstarkte oder zur Arbeitsfähigkeit einigermassen zurückgekehrte Pflegling alsbald zum Selbsterwerb seines Lebensunterhaltes entlassen werden soll. Auch scheint uns dadurch die zulässige Grenze der Aufgabe einer einfach und billig geleiteten und verwalteten Armenanstalt schon eher überschritten zu sein, um so mehr, als es ja gewöhnlich nicht leicht ist, immer das richtige, gute und vertraute Hilfspersonal zu bekommen, was mehr und mehr zu den schwierigsten Aufgaben des Vorstandes einer solchen Anstalt gehört. Im Allgemeinen soll eine grosse Pflegeanstalt bei richtiger Neuanlage und vortheilhafter Einrichtung nur wenig Bedienstete oder Aufsichtspersonal brauchen: Etwa 2—3 Köchinnen, 2 Waschaufseherinnen und zur Bedienung und Ueberwachung der Bewohner je eines Stockwerkes mit 40 bis 50 Pfleglingen nur eine Pflegeperson; macht also für eine Anstalt von 500—600 Leute mit zwei Oberwartpersonen nicht mehr als 18 Bedienstete, deren Wirkungskeis genau abgegrenzt und vorgeschrieben ist.

## 14. Finanzielle Ergebnisse.

Fragen wir nun nach den bisherigen Darstellungen zum Schlusse nach den praktischen Resultaten, nach den finanziellen Ergebnissen der Thätigkeit grosser communaler Pflege-Anstalten, so lautet die Antwort keineswegs ungünstig. Was zunächst den eigentlichen Bauaufwand mit Einrechnung des Platzes sammt allen innern Einrichtungen anbelangt, so haben mehrfache Erfahrungen ergeben, dass der betreffende Aufwand für einen Pflegling nicht höher als 1000—1200 Mark zu stehen kommt.

Was die Verpflegung als solche betrifft, so sind die Ergebnisse in den einzelnen Anstalten noch sehr verschieden. Es schwanken die Verpflegungssätze im Allgemeinen von täglich 80—40 Pfennig. In der Kreis-Anstalt Freiburg, welche in Nähe der Stadt neu erbaut wurde

mit einem Flächenraum von 5 Hectaren Gelände, blieb seit 12 Jahren die Verpflegung des Einzelnen unter 40 Pfennig und steht nun seit 4 Jahren unter 35 Pfennig. Es klingen diese Zahlen um so auffallender, als unter der täglichen Verpflegung nicht etwa nur die Mundverpflegung, wie in vielen anderen Anstalten verstanden wird, sondern alles das, was ein Pflegling nach seinem Eintritte in gesunden und kranken Tagen braucht, somit ausser Nahrung (auch die Kost des Wart- und Dienstpersonales) die Kleidung, Heizung, Reinigung, Beleuchtung, Heilmittel, sowie die Erhaltung aller Geräthe und Apparate, Bettwerk und Weisszeug, Wasser, Tabak, Wein und andere Genussmittel, ja sogar noch die Beerdigung.

Zu bemerken ist noch, dass in solchen Anstalten nur eine Verpflegungsklasse eingeführt ist, der sich auch die Vermöglichen oder Versicherten unterwerfen müssen. Letztere finden gegen Einwurf ihrer meist geringen Renten immer zahlreichere Aufnahme.

Die Kost, welche in solchen Anstalten gereicht wird, muss als eine genügende und gute bezeichnet werden: fast allenthalben wird 4 mal Fleisch in der Woche gegeben. Das Dienstpersonal erhält ähnliches Essen. Besseren Arbeitern wird täglich 1—2 Viertel Wein nebst einem kleinen Trinkgeld gegeben. Den Kranken oder Schwächlichen und Leidenden kann auf besondere Verordnung jede zuträgliche Speise verabreicht werden.

Forschen wir nach dem Grunde, warum in solchen Anstalten die Verpflegung eine so billige, niedere ist, so liegt das zweifellos einerseits in einer richtigen Anlage und in der grossen Anzahl der Verpflegten, andrerseits dann auch in der möglichst ausgedehnten Beschäftigung, in der geringen Zahl des Dienstpersonales, in der richtigen Sparsamkeit und Eintheilung in der Küche, in der Verwendung aller Abfälle und in der Verwerthung der Erzeugnisse der Gärten etc.

Was die überraschende Billigkeit der Verpflegung in der Anstalt bei Freiburg betrifft, so glaubt man diese der Nähe der grössern Stadt als Markt- und Handelsplatz zuschreiben zu sollen. Man glaubt sonst gewöhnlich dem flachen Lande oder einem Dorfe durch Zuweisen einer solchen Anstalt einen Gefallen erweisen zu können. Es hat sich aber eine solche Annahme als eine Täuschung ergeben, sowohl für die Orte selbst, wie auch für die Anstalt; es wird gewöhnlich doch nothwendig die meisten Lebensmittel und anderen Bedarf von Hauptorten aus weiterer Ferne kommen zu lassen und deshalb theurer zu beziehen, weil auf dem Lande der nöthige Unternehmungsgeist und zumal der Wettstreit fehlt. Die Nähe einer Stadt macht es möglich, erhebliche Summen durch Arbeiten zu verdienen, welche an Grossunternehmer abgeliefert werden können, nur in unmittelbarer Nähe einer Stadt ist es möglich, die Erzeugnisse der Gärten in dem Maasse abzusetzen, dass neben dem Verbrauch guter und frischer Gemüse in der Anstaltsküche noch durch Verkauf ein erheblicher Baarerlös von einigen tausend Mark

erzielt werden kann. Die Concurrenz eines grossen Platzes gestattet insbesondere den billigsten Ankauf der hauptsächlichsten Lebensmittel und Verbrauchsgegenstände aller Art. Fleisch und Brot wird da um 20—25 pCt. unter dem laufenden Tagespreis geliefert; entsprechend billig gestalten sich die Preise für die Victualien, Mehl, Teigwaaren, Fett und andere Bedürfnisse, welche gewöhnlich im December jeden Jahres auf Submission vergeben werden, ohne jedoch sich an den Wenigstnehmenden zu halten.

Es kann nach dem Gesagten die finanzielle Leistung einer grösseren Pflege-Anstalt gewiss nur überraschen und zur Nachahmung auffordern.

---

# HANDBUCH

DER

# KRANKENVERSORGUNG

UND

# KRANKENPFLEGE

HERAUSGEGEBEN

VON

Dr. **GEORG LIEBE**, Dr. **PAUL JACOBSOHN**, Dr. **GEORGE MEYER**.

ERSTER BAND.

II. ABTHEILUNG.

2. LIEFERUNG.

BERLIN 1899.

VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.

NW. UNTER DEN LINDEN 68.

# III. Allgemeine Krankenhäuser.

## 1. Bautechnik.

Von

**F. Ruppel,**

Bauinspector und Vorsteher des Directions-Bureaus des Hochbauwesens in Hamburg.

(Mit 33 Abbildungen.)

### 1. Entwickelung des Krankenhausbaues.

Der Bau von Krankenhäusern bildet einen Zweig der technischen Wissenschaften, welcher in engem Zusammenhang mit den Lehren der Gesundheits- und Krankenpflege steht und sich mit diesen gleichmässig entwickelt hat. Während im ganzen Verlauf der früheren Jahrhunderte, seit man besondere Häuser für Kranke zu bauen begann, eine wesentliche Entwickelung der Krankenhaustechnik ebenso wie der Hygiene kaum stattgefunden hat, haben die Fortschritte des letzten Jahrhunderts, namentlich aber der letzten Jahrzehnte sowohl in den medicinisch-hygienischen, als auch in den allgemeinen technischen Wissenschaften neben anderen Factoren auf den Krankenhausbau einen ausserordentlich befruchtenden Einfluss ausgeübt und dieses Gebiet zu hoher Blüthe entfaltet.

Krankenhäuser im Sinne der heutigen Zeit kannte man im Alterthum überhaupt nicht. Dieselben entwickelten sich erst im Laufe des Mittelalters aus den in früheren Jahrhunderten unter dem Einfluss der Häupter und Ordensgemeinschaften der christlichen Kirche, sowie angesehener, reicher Privat-Personen vielfach errichteten Wohlthätigkeitsanstalten für Arme und Kranke. In diesen, hauptsächlich mit Klöstern verbundenen Pfründenhäusern, Asylen, Hospitälern u. s. w. wurden die Kranken wohl gepflegt, dieselben erfuhren daselbst aber keine geregelte, ärztliche Behandlung.

Die furchtbaren Seuchen des Mittelalters, Aussatz, Blattern, Pest u. dgl., durch welche Europa während mehrerer Jahrhunderte nach den Kreuzzügen wiederholt heimgesucht wurde, veranlassten viele Städte, ihre Bevölkerung durch Errichtung besonderer, anfänglich nur primitiver

Krankenbaracken (Leprosorien) zu schützen, indem die ansteckenden Kranken dort abgesondert wurden.

Mit der Entwickelung der Städte und in Folge der durch die gewaltigen Epidemien gezeitigten Erkenntniss, dass die Unterbringung der Kranken überhaupt in besonderen Gebäuden eine sociale Nothwendigkeit sei, wuchs auch die Fürsorge für die Kranken selbst, die mehr und mehr von den kirchlichen Organen auf die Städte, fürstliche und private Personen (namentlich in England) überging und allmählich dazu führte, dass ständige, allgemeine Krankenhäuser an vielen Orten eingerichtet wurden.

Freilich waren diese Krankenhäuser zunächst nur Sammelstellen für Kranke, welche letzteren ohne Rücksicht auf die Art ihrer Krankheit meistens in grösseren Sälen vereinigt wurden. Auf eine reichliche Lichtzuführung, wie auf eine gute Lüftung in den Krankenhäusern wurde kaum mehr, als in gewöhnlichen Wohnhäusern, die oft genug hinsichtlich dieser hygienischen Forderungen Mangel litten, Bedacht genommen. Man trug daher auch keine Bedenken, gemiethete oder gekaufte Wohnhäuser ohne Weiteres als Krankenhäuser einzurichten und diese nach Bedarf und so gut es eben die Verhältnisse gestatteten, zu erweitern.

Je grösser hiernach die Anhäufung von Kranken in den Hospitälern war, um so weniger konnten diese eine heilbringende Stätte für die Kranken sein.

Abgesehen von einzelnen besseren Anlagen in Deutschland, in denen die Kranken nach dem Vorbild vieler Anstalten in Frankreich und Italien, in hohen, saalartigen Räumen untergebracht waren (Hospital zu Cues bei Trier), besassen die deutschen Krankenhäuser selbst bis weit in dieses Jahrhundert hinein auch zu niedrige Räume, in denen bei ungenügender Beleuchtung auf den einzelnen Kranken ein zu geringer Luftraum entfiel. Die allgemeine Grundrissform der Krankenhäuser weist vielfach nicht nur einen, sondern eine grössere Anzahl ringsum geschlossener Höfe auf, welche einen genügenden Zutritt von Licht und Luft zu allen Räumen des Gebäudes verhindern und eine Ansammlungsstätte für Krankheitskeime innerhalb des Krankenhauses bilden.

Dazu kommt, dass viele wichtige, sanitäre Einrichtungen, wie eine gesundheitsmässige Beseitigung der Fäkalien und Infectionsstoffe, eine gute und reichliche Wasserversorgung, eine rationelle, centrale Beheizung und Entlüftung der Krankenzimmer u. s. w., welche erst der neueren Zeit entstammen, früher ebenso unbekannt waren, wie viele Materialien und Constructionsweisen der Technik, welche heute eine wichtige Rolle bei der Errichtung der Krankenhäuser spielen.

Während hiernach bis in die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts den hygienischen Anforderungen an Krankenhausbauten im Allgemeinen wenig Rechnung getragen wurde, trat im Jahr 1788 eine Wendung dieser Verhältnisse ein, die zu einer eigenartigen und selbst heute kaum völlig abgeschlossenen Entwickelung des Krankenhausbaues führte. Nachdem bereits vor letztgenannter Zeit von zahlreichen Seiten auf die Uebelstände und unwürdigen Zustände in vielen Krankenhäusern, namentlich in dem

berühmten Hôtel Dieu zu Paris hingewiesen worden war, wo zeitweilig insgesammt 5000 Personen und 300—400 Betten in einem Raum, ferner oft 4—6 Personen in einem Bett untergebracht waren, wurde 1786 von der französischen Akademie der Wissenschaften eine aus 7 Mitgliedern bestehende Commission eingesetzt, welche die Mängel der alten, grossen, überfüllten Hospitäler, insbesondere des Hôtel Dieu untersuchen und Vorschläge zur Verminderung der bisherigen Uebelstände bei Neubauten machen sollte.

In dem von dieser Commission erstatteten Bericht vom 12. März 1788, welcher sich auf ein bereits im Jahr 1777 von dem Mitglied der Akademie Le Roy aufgestelltes, später abgeändertes Project zu einem Krankenhaus stützte, sind diejenigen Grundsätze dargestellt, welche noch heute im Wesentlichen für den Bau von Krankenhäusern maassgebend sind und hauptsächlich in Folgendem gipfeln.

Die Kranken sollen nicht in übermässig umfangreichen Gebäuden centralisirt, sondern in einzelnen, isolirten Pavillons untergebracht und sowohl nach dem Geschlecht, wie nach der Art der Krankheit getrennt werden. Ebenso sind die Verwaltung, die Küche, die Apotheke, die Kapelle, das Leichenhaus und andere Nebenräume des Hospitals in besondere Gebäude zu verlegen.

Die Gebäude sollen mit Rücksicht auf die Zuführung von Sonnenlicht und frischer Luft eine bestimmte Orientirung (— für die klimatischen Verhältnisse Frankreichs von Osten nach Westen —) und einen gewissen Abstand von einander erhalten. Demselben Zweck entsprechend sollen auch die einzelnen Theile der Gebäude, die Treppenhäuser, die Fenster u. s. w. hergestellt werden.

Wenn auch manche Bestimmungen, z. B. über die Höhe der Pavillons, welche in dem Plan der Commission mit 3—4 Stockwerken angenommen war, nicht als empfehlenswerth hingestellt werden können, so waren doch in dem Programm die mustergültigen Grundzüge für ein neues Krankenhaussystem gegeben, nach welchem an Stelle der bisherigen Centralisirung und übermässigen Anhäufung der Kranken unter einem Dache, eine möglichste Decentralisirung der Kranken erstrebt wurde.

Nach diesem Decentralisirungs- oder Pavillon-System war thatsächlich bereits und zum ersten Mal von dem Architect Rovehead 1756 – 64 ein Hospital für alte Seeleute zu Stonehouse bei Plymouth errichtet worden, eine Anlage, die auch von der oben genannten Commission besucht worden war. Dieses Hospital blieb trotz der trefflichen Reformvorschläge der Commission noch lange Zeit das einzige seiner Art. Wenn auch in der Folge einige vereinzelte Hospitalbauten in Frankreich und Belgien nach dem Grundsatz des Pavillonsystems errichtet oder umgebaut wurden, so kamen doch erst seit dem Bau des Pariser Hospitals Lariboisière 1846—54 die während der Revolutions- und Kriegsjahre gegen Ende des vorigen und zu Anfang dieses Jahrhunderts fast in Vergessenheit gerathenen Reformvorschläge zur allgemeineren Anwendung. Obwohl das genannte Hospital diesen Aenderungsvorschlägen in manchen

wichtigen Punken nicht entsprach, so wurde dasselbe doch späterhin für viele Hospitalbauten sowohl in Frankreich, wie in anderen Ländern vorbildlich.

In England, wo das Pavillonsystem nunmehr ebenfalls vielfach zur Anwendung kam, entwickelte sich dasselbe in einer eigenartigen Weise, namentlich hinsichtlich der allgemeinen Anordnung der Pavillons in Form eines Grätensystems.

In Deutschland standen der Einführung des Pavillonsystems lange Zeit noch Bedenken wegen der klimatischen Verhältnisse entgegen und man begnügte sich zunächst damit, bei den Corridorbauten geschlossene Höfe zu vermeiden und den Zutritt von Luft und Licht nach Möglichkeit zu begünstigen.

Nachdem aber im amerikanischen Bürgerkrieg und im Krimkrieg, ferner in den deutschen und französischen Kriegen von 1866 und 1870/71 recht günstige Heilerfolge in einfachen provisorischen Holzbaracken, in denen die Verwundeten gepflegt wurden, erzielt worden waren, nachdem ferner Esse 1867 in der Königlichen Charité in Berlin eine ständige Holzbaracke hatte errichten lassen, und dieser Versuch, ebenso wie schon die in den 40er Jahren im Leipziger Krankenhaus errichtete sog. Günther'sche Luftbude, wenigstens im Sommer zu günstigen Ergebnissen geführt hatte, wurden seit den 60er Jahren auch in Deutschland fast alle grösseren Krankenhausanlagen nach dem Pavillonsystem erbaut. Man scheute hierbei auch nicht reine Holzconstructionen, wie z. B. bei dem Augusta-Hospital in Berlin, doch wurde, da sich hiergegen, wie gegen Fachwerksbauten gewichtige Bedenken hinsichtlich der Feuersicherheit, der schweren Heizbarkeit im Winter u. s. w. geltend machten, der Massivbau bald allgemein.

Die Entwickelung des Pavillonsystems ging in Deutschland schneller vor sich, als in anderen Ländern und führte hier bald zu der vollkommensten Form, dem eingeschossigen Krankenpavillon, der z. B. bei der Erweiterung des städtischen Krankenhauses in Dresden 1870—76 ausschliesslich zur Anwendung kam. Der allgemeineren Verbreitung desselben stand indessen seine Kostspieligkeit im Wege, und da auch vielfach von ärztlicher Seite die Nothwendigkeit eingeschossiger Pavillons für viele Krankheitsgattungen bestritten wurde, so behielt man diese Bauten im Allgemeinen für schwere chirurgische und für ansteckende Kranke bei, während für innerlich Kranke in der Regel der mehrgeschossige Pavillon gewählt wurde, so z. B. im Krankenhaus Friedrichshain in Berlin, ferner in den Krankenhäusern zu Wiesbaden, Leipzig, Heidelberg u. s. w. Mehr als zwei Geschosse wurden jedoch in Deutschland bei Krankenpavillons nicht üblich. Dagegen entstanden in England, noch mehr aber in Amerika, in grösseren Städten, wo die Bauplätze allerdings beschränkt und theuer waren, sehr häufig drei- und mehrgeschossige Pavillons.

Das Streben nach weiser Sparsamkeit im Krankenhausbau hat ferner in Deutschland, wo die Zahl der mittleren und kleineren Krankenhäuser sich im Laufe der Zeit erheblich vermehrte, dazu geführt, das System

des Corridorbaues den Forderungen der Krankenpflege so anzupassen, dass die Mängel desselben beseitigt und seine mancherlei Vorzüge mit denjenigen des Pavillonsystems nach Möglichkeit verbunden werden. Dies ist auch durch gute Combinationen vielfach bei neueren Krankenhäusern in glücklicher Weise erreicht worden.

Nach dem heutigen Stand der Entwickelung des Krankenhausbaues findet im Allgemeinen das Pavillonsystem bei grossen Krankenhäusern, das Corridorsystem bei kleinen, und das gemischte Corridor-Pavillon-system bei mittleren Krankenanstalten Anwendung. Jede Gruppe hat in ihrer besonderen Durchbildung sowohl nach den verschiedenen Ländern, als auch innerhalb eines jeden Landes eine grosse Mannigfaltigkeit aufzuweisen, wie auch die Rücksicht auf einzelne Krankheitsformen immer mehr zu einer Specialisirung nicht nur einzelner Krankengebäude, sondern auch ganzer Krankenanstalten geführt hat.

Wenn nun auch die wesentlichsten Grundsätze bei dem Krankenhausbau durch die wissenschaftlichen Forschungen der Gesundheits- und Krankenpflege und durch Erfahrung zur Zeit eine mehr oder weniger feste Gestalt gewonnen haben, so wird doch von einem Stillstand in der Entwickelung des Krankenhausbaues nicht die Rede sein können, so lange nicht die Entwickelung der Gesundheitslehre und der medicinischen Wissenschaften zu einem Abschluss oder einem Stillstand kommt. Nicht minder aber werden auch die Fortschritte in den technischen Wissenschaften und die Auffindung neuer technischer Hilfsmittel zu einer fortwährenden Umgestaltung und Weiterentwickelung der Technik des Krankenhausbaues Veranlassung geben, bei der sich allgemein maassgebende Normen umsoweniger jemals aufstellen lassen werden, als in jedem einzelnen Falle klimatische und örtliche Verhältnisse, besondere Zwecke, Lebensgewohnheiten und nicht zum wenigsten die zur Verfügung stehenden Mittel eine besondere Lösung der vorliegenden Aufgabe erfordern werden.

## 2. Allgemeine Gesichtspunkte bei der Errichtung von Krankenhäusern.

Der hauptsächlichste Zweck eines Krankenhauses liegt heutzutage nicht sowohl in der Absonderung der Kranken von der gesunden Bevölkerung, als vielmehr in der Pflege und Heilung der Kranken selbst.

Das Krankenhaus soll daher durch seine Einrichtungen die Krankenpflege nach Möglichkeit erleichtern und unterstützen. Räume, welche diesem Zweck nicht dienen oder für denselben ganz entbehrt werden können, müssen um so mehr vermieden werden, als solche den Betrieb unzweckmässig machen und durch eine missbräuchliche Benutzung die Salubrität des Krankenhauses geradezu gefährden können. Dagegen sollen auch keinerlei Räume und Einrichtungen fehlen, die für eine gute und zweckentsprechende Krankenpflege erforderlich sind.

Der Werth eines Krankenhauses wird um so höher zu schätzen sein, je bequemer und öconomischer die Gesammtanordnung desselben ist, und

je mehr ausserdem das Gebäude neben den eben genannten Hauptzwecken der Krankenpflege den hygienischen Anforderungen entspricht. Nach den letzteren sollen alle Räume jederzeit einen gesunden Aufenthalt bieten und daher nicht nur gesund gebaut werden, sondern auch gesund zu erhalten sein.

Die wesentlichsten Factoren für die Salubrität eines Krankenhauses sind frische, reine Luft, Licht und Sonnenschein. Diese müssen allen Räumen in möglichst reichem Maass zugeführt werden. Da aber die Luft eines Krankenhauses mehr als diejenige gewöhnlicher Wohnräume fortwährend der Verderbniss ausgesetzt ist, so muss auch durch geeignete Maassnahmen unausgesetzt für eine Reinhaltung und Erneuerung der Luft gesorgt werden. Dies bedingt ausser einer guten Lüftungsanlage auch solche Mittel, welche eine Staubbildung verhindern, überhaupt eine möglichste Reinhaltung aller Theile des Krankenhauses gestatten. Der Architekt hat daher bei der Errichtung des letzteren in besonderem Maass dafür zu sorgen, dass durch die baulichen Constructionen, namentlich auch durch eine gute Beleuchtung aller Theile des Gebäudes diesen Forderungen leicht und in gründlicher Weise entsprochen werden kann.

Ferner hängt auch die Salubrität eines Krankenhauses ab von der Güte der Baumaterialien und der Bauausführung. Es müssen alle solche Materialien, welche Feuchtigkeit in reichem Maasse aufnehmen, Staub erzeugen, porös, leicht inficirbar und schwer zu reinigen sind, möglichst ausgeschlossen werden. Andererseits ist auf die Verwendung guter Materialien, insbesondere von Stein, Glas, Eisen u. dgl., sowie auf eine solide Bauausführung, allerdings unter Vermeidung von unnöthigem Luxus, Gewicht zu legen, zumal die im Interesse der Solidität aufgewendeten höheren Kosten auf die Dauer nicht nur durch entsprechende Vortheile für die Krankenpflege, sondern auch in materieller Beziehung — durch Vermeidung kostspieliger Unterhaltung u. s. w. — reichlich aufgewogen werden.

Freilich tritt dann auch, wenn der Krankenhausbau den Anforderungen der Gesundheits- und Krankenpflege entsprechend hergestellt ist, an die Verwaltung die Pflicht heran, durch peinlichste Reinhaltung aller Theile diesen Forderungen in jeder Weise gerecht zu werden, denn wo letztere vernachlässigt wird, da werden auch die besten Einrichtungen eines Krankenhauses sehr bald werthlos gemacht, wie umgekehrt durch Handhabung guter Ordnung und strengster Sauberkeit manche Mängel eines Baues vollständig wettgemacht werden können.

## 3. Das Bauprogramm.

Bevor an die Projectirung und Einrichtung eines Krankenhauses herangegangen werden kann, müssen zunächst mancherlei Vorfragen über die Zahl der unterzubringenden Kranken, Wahl des Bauplatzes und des Bausystems, Vertheilung der Kranken, sowie über das allgemeine Raumbedürfniss einer eingehenden Erwägung unterzogen und erledigt werden, da mit der richtigen Lösung dieser Fragen, auf denen die

weitere Projectirung und Ausführung sich gründet, die zweckmässige Gestaltung und der hygienische Werth des Krankenhauses eng verknüpft ist.

In den folgenden Erörterungen sollen diejenigen Gesichtspunkte besprochen werden, welche allgemein bei der Aufstellung des Bauprogramms und bei der Ausführung von Krankenhausbauten zu beachten sind, während auf besondere Einrichtungen in selbstständigen Special-Krankenhäusern, Irrenanstalten, Entbindungsanstalten, Heilanstalten für Lungenkranke, Siechenhäusern, Anstalten für bestimmte ansteckende Krankheiten u. s. w. hier nicht weiter einzugehen sein wird, da dieselben, wenn erforderlich, an den entsprechenden Stellen bei der Beschreibung dieser Anstalten erläutert werden.

### a) Die Zahl der in einem Krankenhause aufzunehmenden Kranken.

Die Frage, für wie viele Betten das Krankenhaus eines gewissen Bezirks einzurichten sei, um dem Bedürfniss zu genügen, ist von mancherlei Umständen abhängig, die meistens örtlicher Natur sind. Eine bestimmte Norm lässt sich hierfür schwerlich aufstellen. Ist damit zu rechnen, dass das allgemeine Krankenhaus hauptsächlich nur von einer weniger bemittelten Bevölkerungsklasse aufgesucht wird, die in der eigenen Häuslichkeit nicht genügende Verpflegung finden kann, so hängt die Zahl der vorzusehenden Betten zunächst von dem allgemeinen Wohlstand der Bevölkerung des betreffenden Bezirks ab. Ebenso spielt auch die hauptsächlichste Art der Beschäftigung dieser Bevölkerung eine gewisse Rolle, da z. B. in Fabrikdistricten und in grossen Verkehrscentren verhältnissmässig mehr Kranke vorhanden sind, als in Bezirken mit ländlicher Bevölkerung.

Auch die klimatischen Verhältnisse haben bei verschiedenen Gegenden und Orten vielfach einen grossen Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand und somit auch auf die Frage der Ermittelung des Bedürfnisses an Krankenbetten.

Die in dieser Beziehung von verschiedenen Hospitalshygienikern gemachten Angaben weichen ebenso erheblich von einander ab, wie nach den medicinal-statistischen Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt und anderen Statistiken die Zahl der Betten im Verhältniss zu derjenigen der Einwohnerzahl sowohl in den einzelnen deutschen Landestheilen, wie in den einzelnen deutschen Städten verschieden ist. Ganz allgemein wird man etwa für grossstädtische Verhältnisse auf je 1000 Einwohner nicht unter 5 Krankenbetten anzunehmen haben, während in ländlichen Districten für eine gleiche Einwohnerzahl 1—2 Krankenbetten genügen können. Wenn diese Zahlen bisher auch wohl ausreichend gewesen zu sein scheinen, so ist doch zu beachten, dass seit dem Bestehen der Gesetze über Krankenversicherung u. s. w. der Procentsatz derjenigen Kranken, welche eine Verpflegung im Krankenhaus derjenigen in der eigenen Häuslichkeit vorziehen, stetig wächst, und zwar um so mehr, als die neueren Krankenanstalten in Folge ihrer stetig fortschreitenden

Verbesserungen für die Gesundheits- und Krankenpflege ein weit grösseres Vertrauen einzuflössen geeignet sind, als diejenigen früherer Zeiten.

In den meisten Fällen wird man an der Hand örtlicher Statistiken in der Lage sein, das Bedürfniss an Krankenbetten für einen gewissen Bezirk zu übersehen. Doch sollte nicht das gegenwärtige Bedürfniss allein berücksichtigt, sondern auch eine gewisse Reserve an Krankenbetten vorgesehen werden, welche dem Wachsthum der Bevölkerung für eine gewisse Reihe von Jahren entspricht. Diese Reserve ist auch schon deshalb nothwendig, um innerhalb des Krankenhauses zeitweilig erforderliche Evacuirungen von Räumen behufs Vornahme von Desinficirungen, Reinigungen, Ausbesserungen u. dergl. zu ermöglichen und für besondere Fälle, Epidemien u. s. w. in gewissem Maasse gerüstet zu sein.

Andererseits dürfen natürlich die von einer weisen Oeconomie gezogenen Grenzen nicht überschritten werden, da bei den hohen Gesammteinrichtungskosten eines Krankenbettes nicht unerhebliche Zinsverluste entstehen können, wenn ein dauernder Ueberfluss an Krankenbetten vorhanden ist.

Die Zahl der Betten, für sogenannte Kostgänger d. h. für solche Kranke, welche gegen entsprechende Zahlung eine besondere Verflegung erhalten, muss in jedem einzelnen Fall für sich festgestellt werden.

Mit der Ermittelung der Bettenzahl hängt die Frage zusammen, welche Zahl als ein Maximum bei der Erbauung der Anstalt zu betrachten ist.

Es ist ohne Weiteres ersichtlich, dass Krankenhäuser nur bis zu einem gewissen Umfang genügend einheitlich übersehen und überwacht werden können. Wo indessen die Grenze liegt, darüber gehen die Ansichten der Aerzte sowohl, wie der Techniker oft erheblich auseinander. Thatsächlich sind auch in neuerer Zeit Krankenanstalten erbaut, welche weit über die von hervorragenden Hospitalshygienikern (Sander, Degen u. s. w.) als zulässig oder zweckmässig bezeichnete Bettenzahl hinausgehen. Während diese Zahl früher im Allgemeinen sowohl in Deutschland, als auch in England und Frankreich auf 500 – 600 angenommen wurde, ist dieselbe in neuerer Zeit vielfach überschritten und beispielsweise bei dem Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus auf 1500 gesteigert worden. Wenn hierbei den Anforderungen der Hygiene und einer zweckmässigen Krankenpflege noch genügt werden konnte, so ist das allerdings den mannigfachen technischen Hilfsmitteln der Neuzeit zu verdanken, welche gegen früher eine bedeutende Erleichterung des persönlichen Verkehrs und des Transports von Personen und Sachen herbeigeführt haben.

Trotzdem bieten derartige grosse Anstalten für eine einheitliche Uebersicht und Leitung beträchtliche Schwierigkeiten und sowohl für das Personal, wegen der grossen Entfernungen als ganz besonders für die Kranken selbst, wie beim Abschnitt „Krankencomfort“ ausführlicher zu erörtern

sein wird, manche Unbequemlichkeiten. Empfehlenswerther erscheint es jedenfalls, über die Zahl von 600 Betten nicht wesentlich hinauszugehen und anstatt einer sehr grossen Anstalt, deren mehrere an verschiedenen Stellen einer Stadt zu errichten, zumal sich hierbei die Forderungen einer möglichst individuellen Pflege und Behandlung der Kranken eher erfüllen, die Gefahren von Krankheitsübertragungen leichter vermeiden, auch die oft nicht geringen Schwierigkeiten der Beschaffung geeigneter Grundstücke für sehr grosse Krankenanstalten besser umgehen lassen.

Die vorstehenden Erwägungen kommen nur in Betracht für Krankenhäuser des Pavillonsystems, wo eine so grosse Zahl von Kranken in verschiedenen Einzelbauten zerstreut untergebracht wird und wo die ärztliche Uebersicht und Leitung durch Bildung von Unterabtheilungen mit eigenen Oberärzten ohne Schwierigkeit aufrecht erhalten werden kann. Dagegen wird die Maximalzahl der Betten in Corridorgebäuden erheblich niedriger zu normiren sein, nicht nur wegen der sanitär-ungünstigeren Bauart dieser Gebäude, sondern auch wegen der schwierigen Uebersicht derselben bei grösserer Ausdehnung. Corridorbauten mit einer Belegzahl von über 150 Betten werden, namentlich wenn dieselben auch die Verwaltung und Oeconomie aufnehmen sollen, schon so umfangreich, dass sie die nothwendige Uebersicht und Controle und die bequeme Verbindung aller Theile erschweren, auch durch die Anhäufung so vieler Kranken unter einem Dach mannigfache Gefahren der Ansteckung mit sich führen.

### b) Der Bauplatz.

Für die Wahl des Bauplatzes ist in erster Linie seine Lage von maassgebender Bedeutung. Da, wie bereits erörtert, reine, frische Luft ein Haupterforderniss für ein Krankenhaus bildet, so soll dasselbe vor Allem an einem Ort errichtet werden, dessen Luftverhältnisse einwandsfrei sind und nicht von nachbarlichen Gebäuden oder durch sonstige Ursachen schädlich beeinflusst werden. Es sind daher Plätze innerhalb vollständig bebauter Stadttheile im Allgemeinen zu vermeiden, es sei denn, dass diese Plätze eine solche Grösse haben, oder von freien Anlagen, Plätzen, Strassenzügen u. s. w. so umgeben sind, dass etwaige von den Wohnquartieren ausgehende Luftverunreinigungen den eigentlichen Luftkreis des Krankenhauses nicht zu beeinträchtigen vermögen.

Vorzuziehen ist eine Lage ausserhalb bewohnter Quartiere oder an der Peripherie derselben, wo eine Luftverunreinigung durch Rauch, Staub, Dünste u. dergl., sowie eine Belästigung durch störendes Geräusch der Nachbarschaft ausgeschlossen ist. Es muss ausserdem dafür gesorgt werden, dass diese Vorzüge auch bei fortschreitender Bebauung der Nachbarschaft für das Krankenhaus nicht verloren gehen, dass also einer allzu nahen Anbauung vorgebeugt werde.

Mit Rücksicht auf den Transport der Kranken wird man jedoch die Entfernung des Krankenhauses von den Wohnungsquartieren möglichst nicht grösser bemessen, als es aus obigen Gründen nothwendig erscheint.

Das Krankenhausgrundstück muss auch den freien Luftströmungen gut zugänglich sein und deshalb eine etwas erhöhte Lage, am besten an einem ansteigenden Gelände haben, jedoch so, dass dasselbe möglichst vor Nord- und Ostwinden geschützt ist. Ferner ist die Lage so zu wählen, dass nicht etwa die vorherrschenden Windrichtungen irgend welche schädliche Dünste oder Staub dem Krankenhaus zuführen können. Auch die Nähe sumpfiger, mooriger Gegenden, stagnirender Gewässer u. s. w. kann dem Krankenhaus durch die Ausdünstungen derselben gefährlich werden.

Die Entwässerung des Krankenhauses, welche bei der Wahl des Platzes einer sorgfältigen Erwägung bedarf, bedingt eine genügende Vorfluth nach irgend einer geeigneten Aufnahmestelle für die abzuführenden Fäcalien und Abwässer.

Der Untergrund des Bauplatzes selbst muss folgenden Anforderungen entsprechen.

Derselbe darf keine organischen Stoffe enthalten, welche durch ihre Zersetzung auf die Luft und das Krankenhausgrundstück wie auf die Bewohner desselben selbst einen schädlichen Einfluss ausüben könnten. Diese Gefahr liegt besonders bei früher bebaut gewesenen Grundstücken vor.

Ferner darf der Grundwasserstand nicht zu hoch sein und muss jedenfalls tiefer liegen als die Kellersohle aller Gebäude. Eventuell ist derselbe durch eine gute Drainirung entsprechend zu senken.

Einen günstigen Untergrund bildet reiner, steriler, durchlässiger Sandboden oder Kies, event. auch felsiger Boden, falls dieser nicht etwa in Folge von Zerklüftungen schädliche Ausdünstungen mit sich führt.

Vor der endgültigen Wahl eines Bauplatzes empfiehlt es sich sehr, den Untergrund auf seine Beschaffenheit in den genannten Beziehungen, sowie auch bakteriologisch genau zu untersuchen, namentlich wenn etwa auf dem Krankenhausgrundstück auch Brunnen angelegt werden sollen.

Selbstverständlich muss auch die ausreichende Versorgung des Grundstücks mit gutem Trinkwasser sichergestellt sein.

Eine weitere Frage bildet die Grössenbemessung des Bauplatzes, die sowohl von der Wahl des Bausystems, als auch von localen Verhältnissen, von der mehr oder weniger freien Lage des Grundstücks, der Form desselben und anderen Verhältnissen abhängig ist. Einen ungefähren Anhalt werden hier nur solche Anstalten bieten können, bei denen eine ausreichende Luft- und Lichtzuführung zu allen Gebäuden und ein genügender Abstand der letzteren unter einander vorhanden ist unter Ausschluss unnöthigen Flächenraums. So würde z. B. nach Maassgabe des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses, des Krankenhauses Friedrichshain in Berlin u. a. für grössere Hospitäler, sofern dieselben nicht wesentlich auch für ansteckende Kranke eingerichtet sind, im Allgemeinen eine Grösse von 100—150 qm für das Bett als angemessen und auskömmlich zu betrachten sein, ein Flächenraum, der auch von vielen Hospitalshygienikern gefordert wird. Hierbei erhalten die einzelnen Ge-

bäude einen angemessenen Abstand von einander und es verbleibt neben der bebauten noch genügende Garten-Fläche für den Aufenthalt und ein Ergehen der Reconvalescenten im Freien. Natürlich wird ein Krankenhausgrundstück nur gewinnen, je grösser der Luftraum desselben über das obige Maass hinaus bemessen werden kann. Bei Corridorkrankenhäusern kann man sich mit Rücksicht auf die grössere Concentrirung der Kranken wohl mit einem etwas geringeren allgemeinen Flächenraum begnügen, doch lassen sich hierfür bei der Mannigfaltigkeit der Anlagen ebenso wenig Normalwerthe feststellen, wie für Pavillonhospitäler.

Da in jedem Fall die Möglichkeit einer etwaigen späteren Erweiterung des Krankenhauses, wenn eine solche nicht von vornherein aus bestimmten Gründen ausgeschlossen ist, im Auge zu behalten ist, so muss entweder schon bei der ersten Anlage eines Krankenhauses das Grundstück in der für eine gewisse Erweiterung erforderlichen Grösse beschafft, oder diese Beschaffung für spätere Zeiten sicher gestellt werden. Nur auf diese Weise wird es möglich sein, auch bei der erweiterten Anstalt den einheitlichen, organischen Charakter zu wahren, der für einen rationellen Betrieb und gute Uebersichtlichkeit unerlässlich ist.

Empfehlenswerther ist es wohl immer, den Bauplatz von vornherein für die endgültig auszubauende Anstalt ausreichend zu bemessen, zumal für die kleinere Anlage eine verhältnissmässig grosse Fläche nur von Nutzen sein kann, und es erwünscht ist, für besondere Fälle, Epidemien u. dergl. jederzeit Reservefläche zur etwaigen Errichtung von Baracken zu haben.

### c) Die Wahl des Bausystems.

Für Krankenanstalten, welche dauernden Zwecken dienen, wird es sich bei der Wahl des Bausystems nur um das Corridor- oder Pavillonsystem, oder um eine Verbindung beider handeln. Eine Abart dieser Systeme bildet das Barackensystem, welches sich auf eingeschossige Gebäude von leichter Bauart in Holz, Fachwerk, Wellblech u. dergl. oder auch auf Krankenzelte bezieht und in der Regel nur für provisorische Anlagen in Frage kommt.

Das Princip des Corridorsystem besteht darin, dass die Krankenräume in einem geschlossenen Bau an einem gemeinschaftlichen Corridor entlang angeordnet und von demselben zugänglich gemacht werden. In weiterem Sinne bedeutet jedoch dieses System die mehr oder weniger weitgehende Centralisirung der gesammten Theile eines Hospitals, der Krankenräume sowohl wie auch der Verwaltung, event. auch der Oeconomie unter einem Dach.

Im Gegensatz hierzu strebt das Pavillonsystem eine Decentralisation der einzelnen Abtheilungen eines Krankenhauses und der Kranken selbst an. Die Bezeichnung gründet sich auf die Bauart der zur Unterbringung der Kranken bestimmten Gebäude, der Pavillons. Das Charakteristische der letzteren besteht im Allgemeinen in dem mehr oder weniger

freistehenden Saalbau, an den sich die zugehörigen Nebenräume meistens an einer oder mehreren Seiten anschliessen, jedoch so, dass wenigstens zwei gegenüberliegende Seiten frei bleiben und eine directe Durchlüftung von einer Front zur anderen stattfinden kann. Im Uebrigen ist die Ausbildung der Pavillons in Bezug auf die Anordnung der Haupt- und Nebenräume, die Anzahl der Stockwerke u. s. w. eine sehr verschiedenartige.

Hinsichtlich der Mängel des Corridorsystems ist bereits früher darauf hingewiesen, dass im Allgemeinen eine Anhäufung von Kranken unter einem Dach für die letzteren ungünstig sei. Dieser Mangel wird natürlich nicht sowohl den kleineren als vielmehr den grösseren Anstalten dieses Systems anhaften und sich besonders dort geltend machen, wo ansteckende Kranke mit Kranken mit anderen Leiden zusammen innerhalb eines und desselben Hauses untergebracht werden, also die letzteren der Gefahr einer Ansteckung ausgesetzt sind.

Abgesehen hiervon bieten die Corridorbauten überhaupt in Bezug auf die Zuführung von Sonnenlicht und frischer Luft zu den einzelnen Krankenzimmern und Krankenbetten um so mehr Schwierigkeiten, je umfangreicher die Gebäude sind. Schon die einseitige Beleuchtung der Krankenzimmer muss stets als ein gewisser Mangel empfunden werden, der sich mit der Tiefe der Zimmer steigert. Ausserdem wird es nicht immer möglich sein, allen Räumen eine gleichmässig gute Lage zum Sonnenlicht zu geben.

Dass auch eine Vereinigung der Kranken-, Verwaltungs- und event. der Wirthschaftsräume unter einem Dach mannigfache Unzuträglichkeiten und Störungen zur Folge haben kann, leuchtet ohne Weiteres ein.

Desgleichen leidet bei einem gewissen Umfang des Krankenhauses die Uebersichtlichkeit des ganzen Betriebs und zwar in steigendem Verhältniss mit der Ausdehnung und Zahl der einzelnen Stockwerke.

Diese Mängel des Corridorsystems können allerdings durch eine zweckmässige Bauweise auf ein Mindestmaass zurückgeführt werden.

Zunächst muss die Grundrissform einfach und ohne weit vorspringende Bautheile sein. Am besten ist die sogenannte Linienform, bei welcher die Räume in einer geraden Flucht an einem Corridor entlang angeordnet werden und ein unbehinderter Zutritt von frischer Luft und Sonnenlicht zu allen Theilen des Gebäudes ermöglicht wird.

Treten seitliche Flügelbauten in einer |___| oder |—| Form hinzu, so müssen dieselben wenigstens einen solchen Abstand von einander haben, dass die Flügel sich nicht ungünstig beschatten, und die Luftströmungen in dem von drei Seiten begrenzten Raum ein freies Spiel behalten, was vollständig ausgeschlossen ist, wenn auch die vierte Seite geschlossen wird.

Die Zahl der Stockwerke sollte sowohl aus hygienischen Gründen als auch, um den Krankenhausbetrieb und seine Aufsicht nicht zu sehr

zu erschweren, thunlichst eingeschränkt werden und jedenfalls über drei nicht hinausgehen.

Die Corridore dürfen nicht zu schmal angelegt werden, namentlich wenn sie auch als Aufenthaltsräume für die Reconvalescenten dienen, und müssen ausserdem überall hell und luftig sein. Mittelcorridore, deren Reinhaltung bei nicht genügender Beleuchtung erschwert wird, und deren gute Lüftung schwierig ist, sind möglichst zu vermeiden.

Um allen Krankenbetten eine möglichst gleichmässige Zuführung von Luft und Licht zu sichern, sollten die Zimmertiefen nicht zu gross und jedenfalls nicht wesentlich über 6 Meter bemessen werden.

Da eine Isolirung von Kranken in einem Corridorgebäude schwer und nur bei besonderen baulichen Einrichtungen, sowie mit grösster Gewissenhaftigkeit im Betrieb durchzuführen ist, so sollten Infectionskranke in derartigen Gebäuden nicht aufgenommen, sondern selbst bei kleinen Anstalten in einem isolirten Bau, event. in einer provisorischen Baracke untergebracht werden.

Ebenso müssen Leichen nicht nur aus hygienischen Gründen, sondern auch, weil es schon die Rücksicht auf die Gefühle und Empfindungen der Kranken erfordert, grundsätzlich von den Krankengebäuden fern gehalten werden.

Inwieweit es zweckmässig ist, auch die Verwaltungs- und Wirthschaftsräume in besonderen Gebäuden unterzubringen, wird in jedem einzelnen Fall zu entscheiden sein. Bei kleineren und selbst mittleren Krankenhäusern sind bei guter Disposition wesentliche Bedenken gegen die Vereinigung der Krankenräume mit den Verwaltungsräumen, vielleicht auch mit der Kochküche unter einem Dach kaum zu erheben, zumal diese Vereinigung öconomische Vortheile bieten und den Betrieb erleichtern kann. Für grössere Anlagen sollten jedoch besser eigene Gebäude für Verwaltung und Küche errichtet werden, während die Waschküche in allen Fällen in einem besonderen etwas abgelegenen Gebäude unterzubringen ist, von wo die Dünste des Wäschereibetriebs nicht nach den Krankenräumen oder sonstigen bewohnten Theilen des Krankenhauses gelangen können.

Mit der grösseren Decentralisirung der einzelnen Betriebe in besonderen Gebäuden wird im Allgemeinen der Werth der Corridorhospitäler wachsen, allerdings auch die Baukostensumme, welche im Uebrigen wesentlich geringer ist als bei Pavillonhospitäler, und daher in vielen Fällen für die Wahl des Corridorsystems ausschlaggebend sein wird.

Ausser diesem Vorzug bieten die Corridorbauten den weiteren Vortheil, dass sich leicht kleinere Krankenabtheilungen in einzelnen Zimmern bilden lassen, die besonders in kleinen Anstalten immer erwünscht sein werden.

Für grössere Abtheilungen empfehlen sich Säle, die analog denen der Pavillons an mehreren Frontseiten Fenster erhalten und deshalb unter Einbeziehung der Corridore in der Regel an die Giebelenden der Gebäude zu verlegen sind. (Combinirtes Corridor- und Pavillonsystem).

Wenn schliesslich innerhalb gewisser Grenzen die Corridorhospitäler, namentlich die kleineren, im Betrieb billiger, übersichtlicher und bequemer sind als Pavillonhospitäler mit gleicher Bettenzahl, so wird man dem Corridorsystem bei den meistens knapp bemessenen Baumitteln und bei der Möglichkeit, durch zweckmässige Raumdisposition und Anwendung der reich entwickelten Mittel der Gesundheitstechnik, allen wesentlichen hygienischen Forderungen gerecht werden zu können, seine Berechtigung bei kleineren und selbst mittelgrossen Anstalten keineswegs absprechen können.

Von einem rein hygienischen Standpunkt betrachtet, wird man indessen auch bei kleineren Hospitälern dem Pavillonsystem den Vorzug geben müssen, da hierbei dem Wohle der Kranken durch vollständige Absonderung von der Verwaltung und der Oeconomie, sowie durch möglichste Zerstreuung der Kranken und Trennung der einzelnen Abtheilungen in besonderen Gebäuden, ferner durch die in den Pavillonsälen gewährleistete bessere Zuführung von Licht und Luft zu den Krankenbetten u. s. w. besser Rechnung getragen wird.

Die Uebersicht und Controle der einzelnen Krankenabtheilungen lässt sich dadurch unschwer aufrecht erhalten, dass, wie bereits früher angedeutet, die Pavillons je einer besonderen ärztlichen oder anderweitigen verantwortlichen Aufsicht unterstellt werden, sodass es dem dirigirenden Arzt leicht möglich sein wird, den Schuldigen zu ermitteln und zur Verantwortung zu ziehen und dadurch die Disciplin gut zu handhaben.

Einen nicht unerheblichen Vortheil bietet auch das Pavillonsystem insofern, als dasselbe eine organische Erweiterung des Krankenhauses gestattet, ohne dass eine Störung des bestehenden Theils herbeigeführt wird.

Man kann sich daher bei der ersten Anlage leichter auf das zunächst vorliegende Bedürfniss beschränken und dadurch Zinsverluste vermeiden, welche der Corridorbau mehr oder weniger bedingt, weil es sich hierbei wegen der schwierigen Erweiterung empfiehlt, von vornherein eine grössere Reserve von Krankenräumen vorzusehen.

Als einziger, leider in der Regel schwer in die Waagschaale fallender Nachtheil des Pavillonsystems ist der grössere Kostenaufwand zu bezeichnen. Das Zerstreuungssystem erfordert naturgemäss einen grösseren Bauplatz als ein Corridorbau, sodann aber auch grössere Baukosten wegen der getrennten Errichtung von Gebäuden für die einzelnen Zweige der Anstalt und wegen der ausgedehnteren Nebenanlagen, Entwässerung, Wasserversorgung, Einfriedigungen, Transporteinrichtungen u. s. w., endlich auch grössere Betriebskosten.

Es sollte demgegenüber aber nicht unbeachtet bleiben, dass diesem materiellen Nachtheil ohne Zweifel auch grosse national-öconomische, allerdings nicht zahlenmässig zu belegende Vortheile, — bestehend in besseren Heilerfolgen, schnellerer Gesundung der Kranken, also Verkürzung der Verflegungszeit u. s. w. —, gegenüberstehen, die den Nachtheil eines grösseren Kostenaufwands vollkommen aufzuwiegen im Stande

sind. Im Uebrigen dürfte die Erreichung möglichst günstiger Heilerfolge auch in idealer Beziehung Grund genug sein, um überall da, wo es die Mittel irgend erlauben, das Pavillonsystem in Anwendung zu bringen.

### d) Allgemeine Anordnung der Krankengebäude und Räume.

Die Anordnung der Gebäude einer Krankenanstalt hängt in erster Linie von der Form und Geländegestaltung des Bauplatzes selbst ab. Dieselbe muss einen zweckmässigen und bequemen Verkehr zwischen den einzelnen Theilen der Anstalt und nach aussen hin, sowie eine gute Ausnutzung des frei bleibenden Geländes für Gartenanlagen und eine gute Gesammtübersicht ermöglichen. Ferner ist bei der Gebäude-Anordnung darauf Rücksicht zu nehmen, dass den Krankenräumen in möglichst reichem Maass Sonnenlicht und reine Luft zugeführt werden, die einzelnen Gebäude also richtig orientirt werden, desgleichen einen genügenden Abstand von einander und eine günstige Stellung zu einander haben. Endlich ist auch die zweckmässige Bildung von Kranken-Abtheilungen, die Trennung dieser und der Geschlechter u. a. für die Gebäude-Anordnung maassgebend.

Für einen zweckmässigen Verkehr nach aussen ist es erforderlich, dass die Verwaltungs- und Wirthschaftsräume in der Nähe des Eingangs liegen und von dem Publikum erreicht werden können, ohne den internen Betrieb des Krankenhauses zu stören. Sind die Verwaltungs- und Wirthschaftsräume in getrennten Gebäuden untergebracht, so darf der Verkehr zwischen denselben nicht zu weitläufig und ebenfalls für die Kranken nicht störend sein. Gleichzeitig soll auch die Verbindung zwischen den Wirthschaftsräumen und den Krankengebäuden möglichst gleichmässig und bequem sein, was bei einer grösseren Anzahl der letzteren im Allgemeinen eine centrale Lage der Wirthschaftsgebäude erfordern würde; doch kann oft eine excentrische Lage zweckmässiger sein, wenn dadurch verhütet wird, dass die Krankengebäude durch den Dunst und Rauch der Wirthschaftsgebäude leiden.

Die sonstigen Nebengebäude des Krankenhauses, d. h. das Kessel- und Maschinenhaus, das Eishaus, die Remise, die Desinfectionsanlage u. s. w. sind ebenso, wie etwaige besondere Wohngebäude für Dienst- und Pflegepersonal, in der Nähe der Wirthschaftsräume, aber etwas abseits gelegen, anzuordnen.

Eine besonders sorgfältig gewählte Lage erfordert das Leichenhaus an einer ebenfalls abgelegenen, wenig sichtbaren Stelle und an der Grenze des Grundstücks, von wo durch einen directen Nebenausgang nach einer Seitenstrasse hin die Leichen möglichst unbemerkt entfernt werden können.

Eine gute Gesammtübersicht muss namentlich von dem Verwaltungsgebäude aus gewahrt bleiben.

Um den Gebäuden und speciell den Krankenräumen möglichst viel Sonnenlicht zuzuführen, müssen die letzteren eine südliche Lage oder wenigstens eine solche mit südlicher Componente haben. Bei Corridorbauten muss daher die Hauptfront, an der die Krankenräume am besten

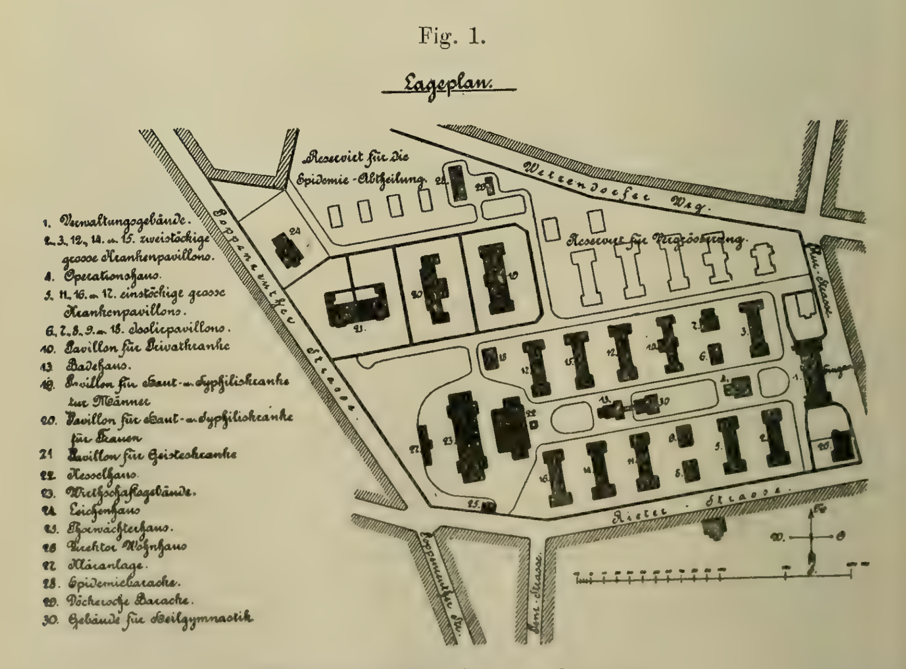
in einer geraden Flucht angeordnet werden, nach einer südlichen Richtung gekehrt sein.

Ueber die Orientirung von Pavillons herrschen selbst bei hervorragenden Hospitalshygienikern verschiedene Meinungen. Wenn auch für eine Ost-Westrichtung der Längsachse des Gebäudes manche Gründe angeführt werden können, so ist doch in den Ländern mit gemässigtem Klima die Nord-Süd-Orientirung in den meisten Fällen als zweckmässig angesehen und ausgeführt worden, zumal hierbei die nach Ost und West gerichteten Längsfronten des Gebäudes von den Sonnenstrahlen während des ganzen Jahres gleichmässiger getroffen werden, und im Sommer eine Belästigung durch die oft sehr grosse Hitze der Mittagssonne besser vermieden wird.

Die Stellung der Gebäude zur Windrichtung wird sich derjenigen zum Sonnenlicht in der Regel unterzuordnen haben. Wird die Längsaxe der Gebäude parallel zur herrschenden Windrichtung gestellt, so hat dies den Vortheil, dass der Wind besser das die Gebäude umgebende Gelände bestreichen und reinigen kann.

Der Abstand der Pavillons soll mindestens das Doppelte der Gebäudehöhe (d. h. bis zur Dachkante) betragen, da sich dieselben sonst zu sehr beschatten würden. Absonderungs- oder Infections-Pavillons sollten, um eine Uebertragung von Krankheitskeimen zu verhüten, jedenfalls einen Mindestabstand von nicht unter 30 m unter einander und von anderen Gebäuden erhalten.

Fig. 1.




Städtisches Krankenhaus zu Nürnberg.

Die Gesammt-Anordnung und Gruppirung der Pavillons einer grösseren Krankenanstalt hängt vor Allem von der Bildung der einzelnen Krankenabtheilungen und der Trennung der Geschlechter ab. Letztere wird in der Regel und am zweckmässigsten durch die Anordnung der Pavillons für Männer und für Frauen je auf einer Seite einer mittleren Scheideline erreicht, wobei die gemeinschaftlichen Gebäude, das Verwaltungsgebäude, Operationshaus, Badehaus, event. auch die Wirthschaftsgebäude in der Mittellinie anzuordnen sein würden. (Vergl. Lageplan des städtischen Krankenhauses zu Nürnberg, Fig. 1.) Diesen Gesichtspunkten entspricht auch die Anlage des in Fig. 2 dargestellten Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg - Eppendorf, nur dass hier die Wirthschaftsgebäude eine seitliche Lage erhalten haben.

Sollen die Geschlechter in gemeinschaftlichen Gebäuden mit mittleren Trennungswänden untergebracht werden, so empfiehlt sich eine Anordnung der Pavillons in einer Reihe hintereinander.

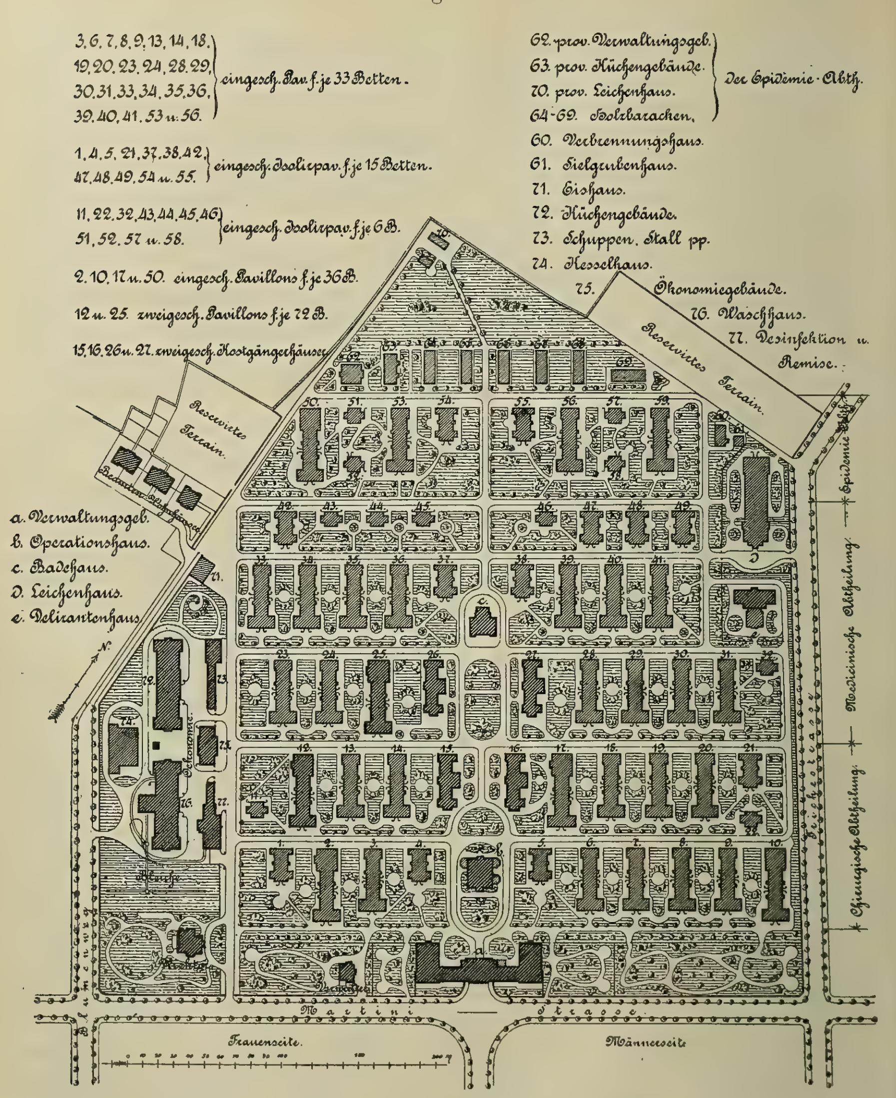
Die Bildung von Kranken-Abtheilungen erfolgt auf der Männer- und und Frauenseite entweder in getrennten Gebäuden oder in gemeinschaftlichen Gebäuden mit innerer Trennung. Im ersteren Fall würden nach dem Beispiel des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses zweckmässig die chirurgische Abtheilung die ersten, dem Eingang am nächsten liegenden Pavillonreihen, die medicinische Abtheilung die nächstfolgenden einnehmen.

Absonderungs- oder Infectionsgebäude sind ausserhalb dieser allgemeinen Abtheilungen, event. in einer besonderen Bautengruppe anzuordnen und durch breitere Geländestreifen, besondere Einfriedigungen u. dergl. abzutrennen. Auch muss hierbei darauf Rücksicht genommen werden, dass nicht die Luft dieser Infectionsgebäude durch die vorherrschenden Winde den allgemeinen Pavillons zugeführt werde.

Bei den Corridor-Hospitälern, wo die Krankenabtheilungen nicht in besonderen Gebäuden, sondern in einem einzigen Bau untergebracht werden, kann die Trennung der Geschlechter und die Bildung von Krankenabtheilungen in verschiedener Weise erfolgen.

In kleineren Anstalten wird es sich empfehlen, die Geschlechter in verschiedenen Geschossen unterzubringen, in denen dann die verschiedenen Krankheitsformen auf besondere Zimmer vertheilt werden können. Bei grösseren Gebäuden ist eine Trennung der Geschlechter in vertikalem Sinne durch die Mittelaxe des Gebäudes vorzuziehen, wobei im Allgemeinen die chirurgischen Kranken wegen des schwierigeren Transports derselben in das Erdgeschoss, die medicinischen Kranken dagegen in das Obergeschoss zu verlegen sind (vergl. Fig. 3 Grundriss des Haupt-Krankengebäudes der neuen Krankenanstalt für Frankfurt a. O.). Ist man gezwungen, auch ansteckende Kranke, z. B. mit Masern, Diphtherie, Darmtyphus u. s. w. in dem Gebäude unterzubringen, so müssen diese sowohl räumlich, als auch in Bezug auf das Wärterpersonal streng von den allgemeinen Abtheilungen getrennt werden. Diese Isolirung muss sich auch auf die Nebenräume der Infections-Abtheilung, Badezimmer,

Fig. 2.




Neues Allgemeines Krankenhaus in Hamburg-Eppendorf.

Closets u. s. w., sowie auf die Zugänge zu dieser Abtheilung erstrecken.

Die Abtheilungen für Syphilitische und Krätzkranke sind ebenfalls, besonders aus Gründen der Disciplin, zu isoliren und zweckmässig entweder in einem Untergeschoss oder in dem obersten Geschoss unterzubringen, während Tobsüchtige in einen isolirten Anbau, event. in Räume des Untergeschosses zu verweisen sind, von wo ein Lärm nicht zu den übrigen Krankenräumen dringen kann.

Räume, welche von den Krankenabtheilungen gemeinschaftlich be-

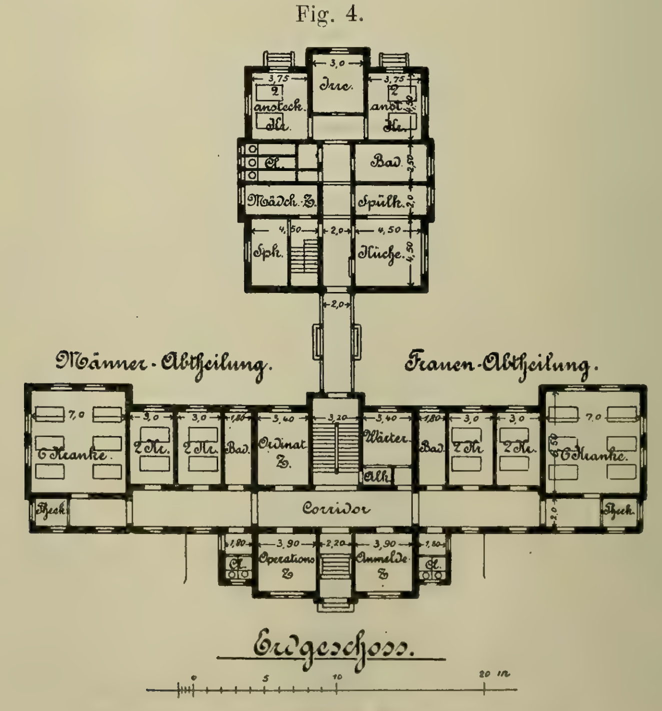
Fig. 3.

nutzt werden, wie der Operationssaal mit seinen Nebenräumen, die gemeinschaftlichen Bäder, der Betsaal, die Apotheke u. s. w. sind ebenso wie das gemeinschaftliche Treppenhaus, in der Mitte des Gebäudes anzuordnen. Ist auch die Verwaltung mit den Krankenräumen in einem Gebäude vereinigt, so wird dieselbe ebenfalls im mittleren Theil des Gebäudes, im Erdgeschoss, und zwar nahe am Eingang eine zweckmässige Lage haben, wie dies z. B. in dem städtischen Krankenhaus zu Offenbach a. M. der Fall ist.

Wirthschaftsräume, d. h. die Kochküche mit Vorraths- und Magazinräumen sind möglichst nach dem Unter- oder Kellergeschoss zu verlegen und derart von dem übrigen Gebäude abzuschliessen, dass Dünste aus der Küche nicht in die oberen Geschosse dringen können.

Empfehlenswerther ist es allerdings, die Küche in einem besonderen Gebäude, wie z. B. in dem Krankenhaus zu Schmiedeberg i. R. (Fig. 4), unterzubringen, das entweder durch einen bedeckten Gang mit dem Hauptgebäude verbunden, oder ganz isolirt sein kann.

Fig. 4.




Krankenhaus für die Stadt Schmiedeberg i. R.

Die Raumanordnung in den Krankengebäuden selbst ist abhängig von der Zahl und Grösse der Krankenabtheilungen. Letztere setzen sich zusammen aus einem oder mehreren Krankenzimmern und den Nebenräumen hierzu, deren Zahl nicht nur nach den Ansichten der maassgebenden Aerzte, sondern auch nach den besonderen Verhältnisse wechselt.

In der Regel werden folgende Nebenräume als Zubehör einer Krankenabtheilung bezw. eines Krankensaals vorgesehen: ein oder mehrere Absonderungszimmer, ein Tageraum, ein Bade- und Waschzimmer, ein Abort, eine Thee- oder Spülküche, ein Ausguss- und Spülraum, Räume für schmutzige und reine Wäsche, Wärterzimmer, event. ein Operationszimmer mit besonderen Nebenräumen, desgleichen ein Arztzimmer u. s. w.

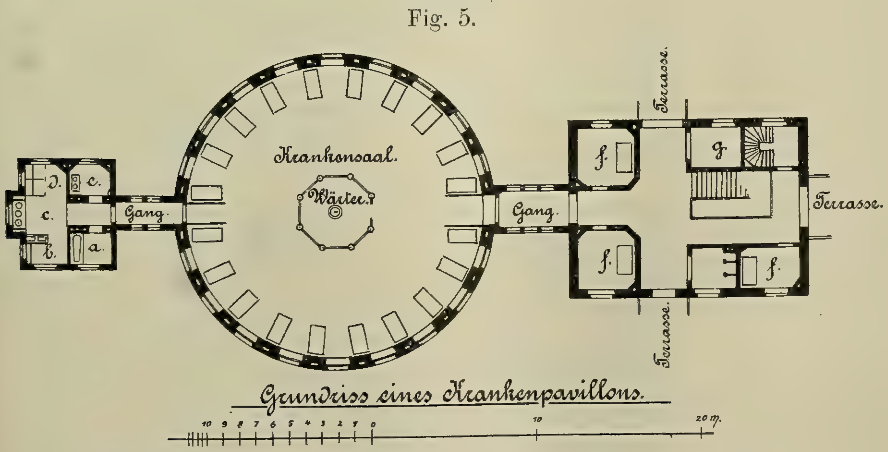
Bei Corridorbauten, wo diese Nebenräume an einem gemeinsamen Flurgang zwischen den einzelnen Krankensälen oder an der gegenüberliegenden Seite, event. auch zu beiden Seiten des Flurgangs angeordnet zu werden pflegen, sind diese Nebenräume meistens mehreren Krankenabtheilungen ganz oder zum Theil gemeinsam.

In den ein- oder mehrgeschossigen Pavillons, welche in jedem Geschoss für eine Krankenabtheilung oder einen Theil derselben eingerichtet sind, erhält diese stets ihre besonderen Nebenräume.

Die Lage der Nebenräume zu einander und zum Krankensaal ist eine sehr verschiedenartige.

Um möglichst dem Krankensaal Ruhe zu gewähren und die Kranken vor den Störungen des Betriebs zu wahren, auch den letzteren bequem und einfach zu machen, empfiehlt es sich, zunächst die Nebenräume in Gruppen zusammenzufassen und zwar für den Wärterdienst und für die Benutzung seitens der Kranken. Es müssten hiernach die Tageräume, Absonderungsräume, der Wasch- und Baderaum, sowie die Closets eine nahe Verbindung haben, ausserdem müsste der Tageraum mit der Thee- und Spülküche verbunden werden, während das Wärterzimmer, das Zimmer für schmutzige Wäsche, der Ausguss- und Spülraum mit einem Abortraum andererseits zusammen zu legen sein würden. Bei dieser Gruppirung muss gleichzeitig die Lage der Nebenräume zum Krankensaal berücksichtigt werden, welche im Allgemeinen bedingt, dass die Räume, welche für die Kranken bestimmt sind, von

Fig. 5.




a. Baderaum. b Pissoir. c. Waschraum. d. Closets. e. Theeküche. f. Isolirräume. g. Aufzug.

Civilhospital in Antwerpen.

dem Krankensaal bequem erreichbar, sowie von diesem leicht übersehbar sein müssen.

Durch die Anfügung der Nebenräume an den Krankensaal geht bei dem Pavillonbau der Vorzug des freistehenden Saalbaues mehr oder weniger verloren, je nach dem Typus der folgenden Beispiele.

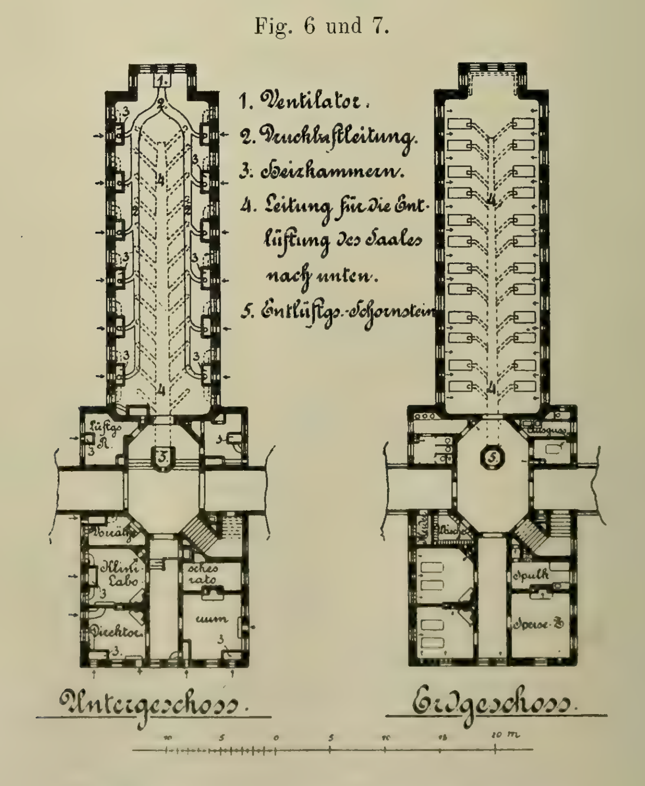
In den Pavillons des Civilhospitals in Antwerpen (Fig. 5) sind die Nebenräume des runden Krankensaals von dem letzteren vollständig losgelöst und mit demselben nur durch schmale Gänge verbunden, sodass hier dem Krankensaal von allen Seiten Luft und Licht zugeführt wird.

Dieser Vorzug ist, wenn auch in etwas geringerem Maass, denjenigen Krankensälen gleichfalls eigen, bei denen alle Nebenräume an einer Seite angeordnet sind, wie in den in Fig. 6 und 7 dargestellten Pavillons des John Hopkins-Hospitals in Baltimore.

Im Allgemeinen bleibt dieser Vorzug auch gewahrt, wo durch Anordnung von Nebenräumen an den Enden der Langseiten des Saales der Zutritt von Licht und Luft an drei Seiten ebenfalls ermöglicht ist, oder wo vor der freien Giebelseite noch ein offener Balkon liegt. (St. Thomas Hospital in London.)

In vielen Fällen ist einer Giebelseite des Pavillons der Tagesraum

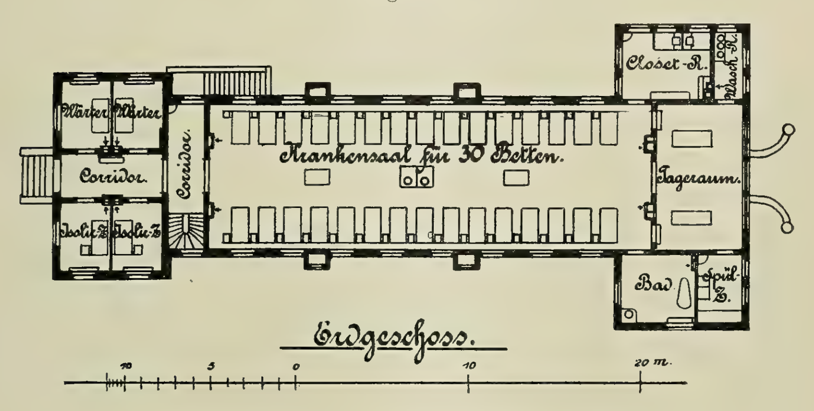
Fig. 6 und 7.




Pavillons im John Hopkins-Hospital in Baltimore.

vorgelagert. Da dessen Frontwand meistens grosse Glasflächen mit Fenstern erhält, so kann durch denselben dem Krankensaal indirect Luft und Licht zugeführt werden, wenn man die Trennungswand des Krankensaals und des Tageraums ebenfalls mit Thür- und Fensteröffnungen versieht. Ein Beispiel dieser Anordnung zeigt der Grundriss des St. Jacob-Krankenhauses in Leipzig nach Fig. 8. Hier ist ausserdem vor der anderen Giebelseite des Krankensaales noch ein Quer-Luftcorridor hergestellt, sodass der Saal mehr oder weniger von allen Seiten von der frischen Luft umspielt werden kann.

Fig. 8.




Pavillon im St. Jacob-Krankenhaus in Leipzig.

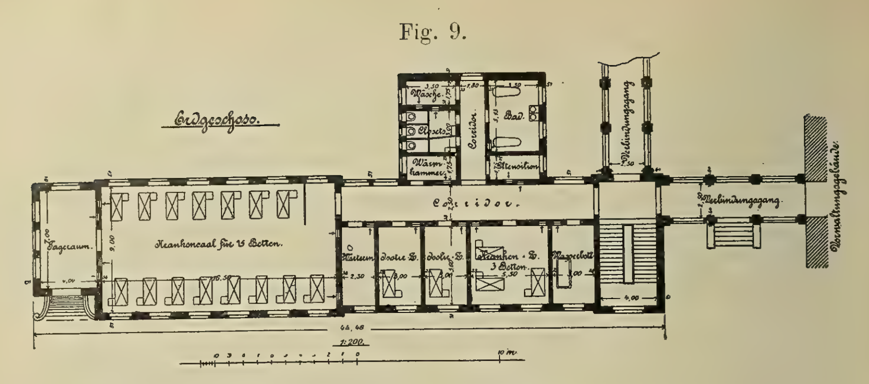
In allen Fällen sollte bei den zweiseitig beleuchteten Sälen wenigstens die Möglichkeit einer Längslüftung durch die Zugangscorridore einerseits und durch die Tageräume andererseits gewahrt bleiben.

Die Vertheilung der Nebenräume auf die beiden Giebelseiten des Krankensaales, welche am häufigsten vorkommt, hat hauptsächlich darin ihren Grund, dass die Anordnung auf einer Giebelseite hier eine ungünstige Häufung der Nebenräume zur Folge hat und meistens zur Anlage eines Mittelcorridors führt, wenn die Nebenräume nicht allzu weitläufig angelegt werden sollen.

Diese Uebelstände werden allerdings vermieden bei einer Anordnung, wie sie der Grundriss eines Pavillons nach einem preisgekrönten Project für ein Landeskrankenhaus in Troppau nach Fig. 9 zeigt. Hier sind die Nebenräume an einen Quercorridor gelegt, eine Gruppirung, die nicht nur einen bequemen, dabei abgesonderten Verkehr zwischen diesen Räumen ergiebt, sondern auch eine gute Verbindung zwischen den letzteren und den Krankenzimmern ermöglicht, gleichzeitig aber eine Luftcommunikation unter diesen Räumen wirksam verhütet, da die Corridore überall bei guter, directer Beleuchtung kräftig durchlüftet werden können.

Günstig ist hier auch die Lage des Treppenhauses zu bezeichnen,

Fig. 9.

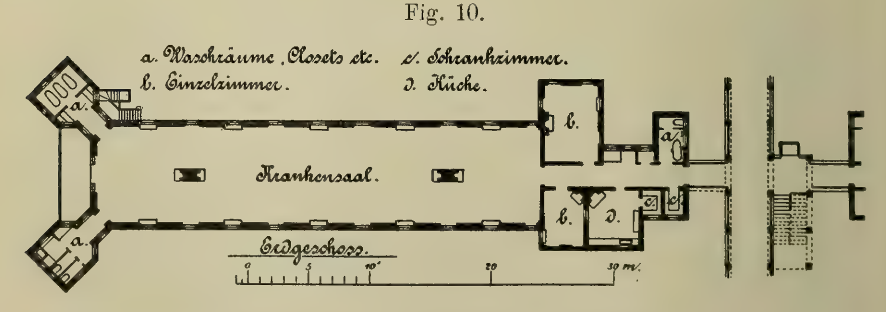



Preisgekröntes Project für ein Landeskrankenhaus zu Troppau.
Grundriss eines Pavillons.

welches ausserhalb der Krankenabtheilungen liegt, sodass eine Luftcommunikation zwischen dem Unter- und Obergeschoss nicht stattfinden kann.

In englischen Hospitälern, wo meistens die Nebenräume auf beide Giebelseiten des Krankensaales vertheilt werden, sind die Closets mit den Wasch- und Badezimmern häufig in einem freistehenden Thurm an der dem Eingang gegenüberliegenden Giebelseite des Pavillons angeordnet und mit dem Pavillonsaal durch einen schmalen, gut lüftbaren Gang verbunden, so z. B. in den Pavillons des Park Hospital in London (vgl. Fig. 10).

Fig. 10.

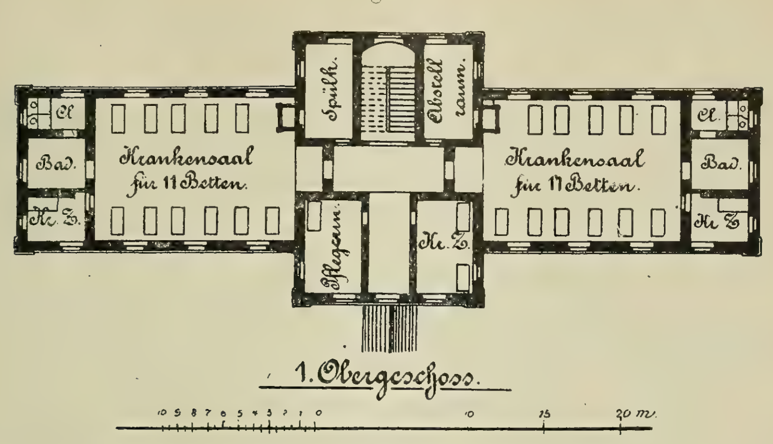



Pavillon des Park Hospital in London.

Bei Doppelpavillons, die einen gemeinschaftlichen Zugang in der Mitte des Gebäudes haben, können die Nebenräume in derselben Weise, wie bei den einfachen Pavillons angeordnet werden, doch müssen diejenigen Räume, welche beiden Krankenabtheilungen gemeinsam dienen sollen, in der Mitte zwischen beiden Krankensälen liegen (vgl. Grundriss des zweigeschossigen Doppel-Pavillons des academischen Krankenhauses in Heidelberg nach Fig. 11).

Auf die Anordnung der Gebäude einer Krankenanstalt hat auch die etwaige Anlage von Verbindungsgängen zwischen den Pavillons oder

Fig. 11.




Zweigeschossiger Pavillon für Innerlich-Kranke im akadem. Krankenhaus zu Heidelberg.

zwischen diesen und dem Verwaltungsgebäude u. s. w. einen gewissen Einfluss. Ob solche Verbindungsgänge nothwendig, zweckmässig oder überhaupt empfehlenswerth sind, ist eine viel umstrittene Frage. Dieselben dienen im Allgemeinen mehr dem Interesse der Aerzte und des Personals als demjenigen der Kranken. Nur bei gewissen Krankheitsformen, z. B. bei chirurgischen Kranken oder Wöchnerinnen, welche nach dem Operations- bezw. Entbindungssaal zu transportiren sind, kann man die Anlage von geschlossenen Verbindungscorridoren für die Kranken mit gewisser Berechtigung fordern. Dass solche Gänge sonst recht wohl entbehrt werden können, zeigen viele Beispiele, selbst in Orten von keineswegs günstigem Klima. Werden dieselben jedoch ausgeführt, so sollten sie nicht höher als ein Geschoss sein, um die freie Luftcirculation auf dem Krankenhausgrundstück nicht allzusehr zu behindern. Auch dürfen dieselben die Uebersicht über das Grundstück nicht beeinträchtigen, weshalb die Gänge an den Seiten möglichst offen gehalten werden sollten.

Zwischen Infectionsgebäuden sind Verbindungsgänge, wenn sie seitlich nicht vollständig offen sind, unbedingt zu verwerfen, weil durch dieselben leicht Krankheitsstoffe von einem Gebäude zum anderen gelangen können.

## 4. Die bauliche Ausführung der Krankengebäude.

### a) Allgemeine Bautheile.

Schon bei der Fundirung eines Krankengebäudes sind mannigfache Vorsichtsmaassregeln zu beobachten, um das Gebäude und seine Bewohner vor schädlichen Folgen zu bewahren. Vor Allem muss das Eindringen von Grundfeuchtigkeit in die Mauern und in andere Theile

des Hauses verhütet werden, da hierdurch nicht nur Nachtheile für das Gebäude selbst entstehen können, sondern auch die Gesundheit der Insassen durch die Entwicklung schlechter Dünste u. dergl. geschädigt wird. Die Grundmauern sind daher sowohl gegen von unten aufsteigende Feuchtigkeit durch isolirende Schichten von gegossenem Asphalt oder sonstigen undurchlässigen Materialien, sowie gegen seitlich von dem umgebenden Erdreich eindringende Feuchtigkeit durch Isolirmauern, durch Abgrabung des Erdreichs von den Aussenmauern u. dergl. zu sichern.

Um das Aufsteigen schädlicher Dünste innerhalb des Hauses, namentlich bei Hohlräumen unterhalb des Erdgeschoss - Fussbodens zu verhüten, empfiehlt sich eine luftdichte Abdeckung des Erdreichs durch eine Betonschicht, Asphalt, Plattenbelag, Ziegelpflaster.

Auch die über dem Erdreich aufgehenden äusseren Mauern sind gegen das Eindringen von Feuchtigkeit in Folge atmosphärischer Einflüsse zu schützen und zwar in erster Linie durch ein gutes, wetterbeständiges, möglichst wenig hyproskopisches Verblendmaterial, ferner durch Herstellung von Luftisolirschichten oder durch Verwendung isolirender Materialien (gelochte Steine u. dergl.)

Im Innern des Gebäudes sollen die Wandflächen einen möglichst glatten, undurchlässigen Putz aus Kalkmörtel mit geglättetem Gipsüberzug oder besser aus Cementputz, glasirten Steinen, Stuck u. s. w. erhalten, wodurch dem Eindringen von Krankheitsstoffen in die Wände genügender Widerstand entgegengesetzt und eine gründliche Reinigung event. durch Abwaschen ermöglicht wird. Die Wandflächen erhalten am besten einen Anstrich von Oel- oder Emailfarbe, welcher die Glätte und Impermeabilität der Wandflächen erhöht, oder einen solchen von Leim- oder Kalkfarbe, wobei jedoch Zusatzbindemittel aus animalischen Bestandtheilen zu vermeiden sind.

Eine Tapezierung ist, wenigstens in Krankenräumen, weniger empfehlenswerth, weil die Tapeten schlechter gereinigt werden können und sich leicht von den Wänden lösen, sodass in den versteckten Hohlräumen Schmutz- und Staubablagerungen entstehen können.

Die Zwischendecken eines Krankengebäudes bedürfen einer besonderen sorgfältigen Herstellung, da dieselben in hohem Maasse dem Eindringen von schädlichen Stoffen ausgesetzt sind und daher der Salubrität des Gebäudes gefährlich werden können. Es ist darnach zu streben, die Decken möglichst impermeabel zu machen und hierbei solche Materialien zu vermeiden, die etwa fähig sind, Krankheitsstoffe aufzunehmen und zu nähren.

Wenn nun auch im Allgemeinen Holzbalkendecken nicht zu empfehlen sind, so wird man doch in vielen Fällen der Kosten wegen auf dieselben angewiesen sein. Man sollte jedoch bei denselben nur solches Füllmaterial verwenden, das vollständig frei von organischen Bestandtheilen ist, also z. B. geglühten Sand auf einer dünnen Lage von Lehm.

Eine solche Füllung kann zweckmässig noch durch eine Abdeckung mit Asphaltpappe gegen Eindringen von Feuchtigkeit geschützt werden.

Wenn die Mittel es irgend erlauben, so sollten die Decken massiv hergestellt werden, da nur bei diesen eine vollständige Impermeabilität erreicht und somit verhütet werden kann, dass nicht etwa Krankheitsstoffe und Miasmen aus den unteren Räumen nach den oberen durchdringen können. Diese Decken besitzen ferner den grossen Vorzug der Feuersicherheit, auf welche bei Krankenhäusern besondere Rücksicht zu nehmen ist.

Bildet die Decke gleichzeitig das Dach, wie dies vielfach bei eingeschossigen Pavillons oder im obersten Geschoss mehrstöckiger Pavillons der Fall ist, so kommt es hauptsächlich darauf an, die darunterliegenden Räume wirksam vor den atmosphärischen Einwirkungen zu schützen. Einer grossen Beliebtheit erfreut sich das Holzcementdach, das sich bei seiner geringen Neigung am besten zu der gewöhnlichen Deckenbildung von Räumen eignet und dieselben gut gegen äussere Wärme und Kälte schützt. Der zwischen der Decken- und Dachschalung befindliche Hohlraum muss durch Oeffnungen in den Aussenwänden dem Durchzug der Luft zugänglich gemacht werden, um die Dachhölzer vor Fäulniss zu bewahren. Indessen können auch die Dachdecken massiv hergestellt werden, wobei das Eindeckungsmaterial ebenfalls aus Holzcement oder aus Asphalt, Cementestrich u. ähnl. bestehen kann.

Die Treppen und Corridore eines Krankenhauses müssen ebenso wie alle übrigen Räume gut und direct beleuchtet sein, auch gut gelüftet werden können, zumal dieselben zwischen den einzelnen Geschossen und Räumen des Krankenhauses Luftverbindungen herstellen, welche leicht zu Uebertragungen von Krankheitsstoffen Veranlassung geben können. Um letzteres möglichst zu verhüten, empfiehlt es sich, das Treppenhaus gegen die Corridore durch Glaswände mit Thüren abzuschliessen und ersteres mit kräftigen Entlüftungsvorrichtungen zu versehen.

Die Breite der Treppen muss so ausreichend bemessen werden, dass ein Kranker bei dem Treppensteigen bequem von zwei Wärtern unterstützt werden kann. Wenn keine Aufzüge für die Kranken vorhanden sind, so sollte die Breite der Treppen nicht unter 1,50 Meter gewählt werden.

Die Steigungsverhältnisse müssen ein bequemes Begehen ermöglichen. Der Auftritt der Stufen sollte hiernach nicht unter 28 Centimeter breit, die Steigung nicht über 16 Centimeter hoch sein. Auch dürfen die Treppenläufe nicht gewunden oder winklig angelegt werden, sondern müssen gerade sein und wenigstens nach je 10—15 Stufen einen breiteren Absatz, womöglich mit einer Ruhebank, erhalten. Zur bequemen Ersteigung der Treppen sind auch an der Wandseite Handläufer erforderlich.

Massive Treppen sind sowohl aus gesundheitlichen wie aus Gründen der Feuersicherheit den hölzernen vorzuziehen. Beläge der Stufen mit

Teppichen, Cocosläufern u. dergl. sind durchaus verwerflich, jedoch haben sich solche aus Linoleum zur Schalldämpfung, Reinhaltung u. s. w. vielfach bewährt.

Da die unteren Wandtheile der Treppen leicht Beschädigungen und Verunreinigungen ausgesetzt sind, so empfiehlt sich für dieselben ein Cementputz mit Oelfarbenanstrich, falls nicht grössere Mittel für eine Bekleidung aus Stuck, glasirten Wandplatten u. dergl. zur Verfügung stehen.

Corridore, an welchen Krankenzimmer liegen, sollten eine Breite von wenigstens 2,50 Meter erhalten, um Krankenbetten bequem transportiren, oder auch wenden zu können. Nebencorridore können eine Breite von 1,50—1,80 Meter erhalten.

Die Beleuchtung soll ausgiebig sowohl durch Fenster an einer Längswand wie auch durch solche in den Giebelseiten hergestellt werden, was bei Mittelcorridoren nicht möglich ist. Der Fussbodenbelag besteht am besten aus Terrazzo, Thonplatten, Marmorfliesen, Riemenbrettern in Asphalt verlegt oder Gipsestrich mit Linoleumbelag.

### b) Die Krankenräume.

Die eigentlichen Krankenräume bedürfen als wichtigste Theile eines Krankenhauses der sorgfältigsten Ausbildung. Dieselben sollen nicht nur den hygienischen Anforderungen in möglichster Vollkommenheit entsprechen, sondern auch besonders durch eine ansprechende, freundliche und behagliche Einrichtung auf das Gemüth des Kranken und somit auf dessen Wiedergenesung wohlthätig und fördernd einwirken. Der letztere Gesichtspunkt kommt besonders bei grösseren Krankensälen in Betracht. Hier muss auch für eine gute und zweckmässige Aufstellung der Betten gesorgt werden.

Als die günstigste Grundform für die Aufstellung der Betten erscheint das Rechteck. Diese Form, welche auch bei Weitem am häufigsten zur Anwendung kommt, gestattet, wenn die Betten in zwei Reihen an den Fenstern entlang aufgestellt werden, von dem Mittelgang aus eine gute Uebersicht über die Betten und eine gleichmässige Zuführung von Luft und Licht zu den letzteren.

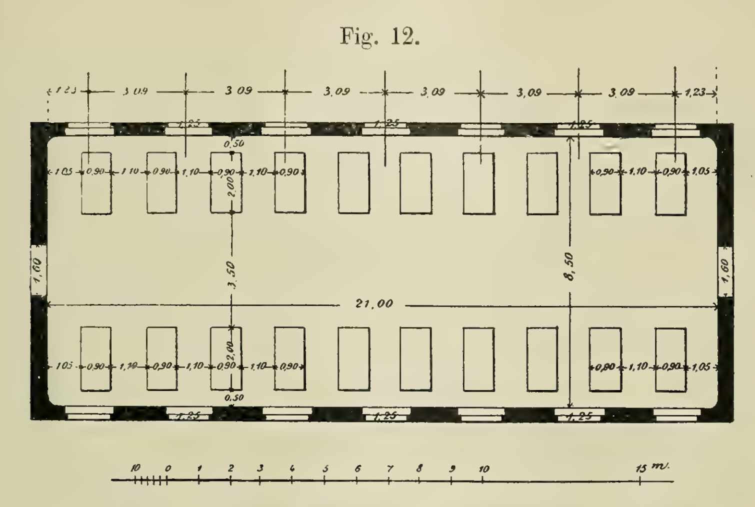
Als Flächenraum für ein Bett genügen bei gewöhnlichen Kranken etwa 8—9 Quadratmeter, als Luftraum etwa 35—40 Cubikmeter.

Die Höhe des Krankensaals richtet sich im Allgemeinen nach der Grösse desselben, darf aber weder zu klein noch zu gross bemessen werden. Bei grösseren Sälen von etwa 20—30 Betten empfiehlt sich eine lichte Höhe von 4,5—5 Metern, während dieselbe in kleineren Zimmern geringer bemessen werden kann, aber nicht unter 4 Meter betragen sollte.

Die Abmessungen eines Krankensaales für 20 Betten würde nach der in Fig. 12 dargestellten schematischen Anordnung der Betten eine Breite von 8,5 Meter und eine Länge von 21 Metern erfordern, demnach für ein Bett eine Fläche von etwa 8,9 Quadratmetern, sowie bei einer lichten

Raumhöhe von 4,5 Meter einen Luftraum von etwa 40 Cubikmetern ergeben.

Fig. 12.




Schema für die Abmessungen eines Krankensaales mit 20 Betten.

Die Zahl der in einem Krankensaal zu vereinigenden Betten darf im Interesse der Kranken nicht zu hoch bemessen werden und sollte nicht höher als 30 sein. Da erfahrungsgemäss in einem Saal auf etwa 10 Kranke ein Wärter zu rechnen ist, um einerseits diesen voll zu beschäftigen und andererseits die Pflege der Kranken nicht Noth leiden zu lassen, so erscheint es im Allgemeinen zweckmässig, die Grösse der Krankensäle für etwa 10 Kranke oder ein Vielfaches dieser Zahl zu bemessen. In grösseren Krankenanstalten, wo meistens das Bedürfniss vorliegt, grössere und kleinere Abtheilungen für verschiedene Krankheitsgattungen zu bilden, wird die Bettenzahl in den betreffenden Collectivsälen nach dem jeweiligen Erforderniss festzustellen sein.

Die Dimensionen kleinerer Krankenzimmer müssen für ein Bett etwas reichlicher (etwa 12—15 Quadratmeter) bemessen werden als diejenigen grösserer Säle, weil die Verhältnisse der Lüftung und Raumausnutzung ungünstiger, die Betten regelmässiger voll belegt und die in diesen Zimmern zu behandelnden Krankheitsfälle in der Regel schwererer Art sind.

Bei der baulichen Herstellung der einzelnen Theile eines Krankensaals spielt zunächst der Fussboden eine wichtige Rolle. Derselbe ist Verunreinigungen mannigfacher Art ausgesetzt, welche die Salubrität des Krankenraums sehr gefährden können, wenn sie in den Fussboden eindringen, sich dort festsetzen und zur Bildung von Krankheitsheerden Veranlassung geben. Der Fussboden muss daher durchaus dicht sein und aus einem Material bestehen, das nicht aufnahmefähig ist für Flüssigkeiten, unreine Stoffe u. dergl. Aus diesem Grund erscheint das Holz für Fussböden nicht sehr geeignet; wenigstens sollten möglichst

nur harte Holzarten (Eichenholz) gewählt und auf einer dichten Unterlage verlegt werden. Gegen Eichen-Riemen-Fussböden in Asphalt sind wesentliche Bedenken nicht zu erheben. Empfehlenswerther sind jedoch in Bezug auf die Dichtigkeit die massiven Fussböden aus Stein-(Mettlacher-)Platten, Terrazzo, oder auch ein mit Linoleum belegter Cement- oder Gipsestrich. Solche Fussböden lassen sich durch Waschen leicht und gut reinigen, beziehungsweise auch mit Säuren behandeln, während bei guter Ausführung ein Eindringen von Flüssigkeiten in dieselben vollständig verhütet wird. Steinfussböden haben dagegen den Nachtheil, dass sie fusskalt sind und ein Schutzmittel durch Linoleumbelag, warme Fusskleidung, Fussbodenheizung erforderlich machen.

Zur Dichtung des Anschlusses des Fussbodens an die Wand, wo sich leicht Risse und Fugen bilden, empfehlen sich bei Holzfussböden einfache abgeschrägte oder hohlkehlartige hölzerne Leisten, welche sich leicht reinigen lassen. Bei massiven Fussböden können diese Leisten aus Cement, Terrazzo, Steinen hergestellt werden.

Die Wände sind ebenfalls, besonders in den unteren Theilen Beschädigungen und Verunreinigungen stark ausgesetzt und müssen daher in solider Weise und abwaschbar hergestellt werden. Kalk- oder Gipsputz genügt für die oberen Wandtheile, dagegen sollten die unteren Theile möglichst mit geglättetem Cementputz versehen werden, wenn nicht die Mittel für eine noch bessere Ausführungsweise mit glasirten Platten, Stucco lustro u. s. w. vorhanden sind. Zur leichten Reinigung der Wände sind alle ein- und ausspringenden Ecken aus- beziehungsweise abzurunden oder abzuschrägen, Gesimse und plastische Gliederungen möglichst zu vermeiden und die Flächen mit einem Oel- oder Emailfarbenanstrich zu versehen. Auch gegen einen Kalkfarbenanstrich, wenigstens in den oberen Wandtheilen, sind Bedenken kaum zu erheben, zumal dieser den Vorzug der Billigkeit besitzt und daher öfter erneuert wird, als Oelfarbenanstrich.

Die Decken sind im Wesentlichen ebenso wie die Wände herzustellen, doch genügt hier in der Regel ein Kalk-Gipsputz mit Kalkfarbenanstrich. Vorspringende Theile, wie Deckenunterzüge, Gesimsgliederungen u. s. w. müssen auch hier möglichst vermieden und die Anschlüsse an die Wände durch eine einfache massive Schräge oder Hohlkehle bewerkstelligt werden:

Bei dem Anstrich der Decken und Wände ist auch den Farbentönen Beachtung zu schenken, da von denselben der freundliche Charakter des Krankensaales mehr oder weniger abhängig ist. Am vortheilhaftesten erscheint für die Wände ein lichtes Blau oder Steingrün, für die Decken ein gedämpftes Weiss, wobei die Flächen durch einfache, ruhige Linien oder durch Felder belebt werden können.

Die Thüren sind am besten einflügelig und mindestens mit einer Lichtbreite von 1 m anzulegen, um ein Krankenbett bequem transportiren zu können. Zweiflügelige Thüren von 1,5—2,0 m Breite, welche manche Unbequemlichkeiten mit sich führen, sollten nur bei Haupt-

zugangsthüren in der Axe eines Gebäudes Anwendung finden. Da bei der Verwendung von Holz leicht Risse und Fugen entstehen, so empfiehlt es sich, hölzerne Thür-Laibungen, Bekleidungen und Verdachungen ganz fortlassen und anstatt dessen abgerundete Thür-Laibungen aus Cementputz oder Glasursteinen herzustellen. Um die Thür leicht abwaschen und reinigen zu können, muss dieselbe in allen Theilen möglichst glatt und einfach ohne viel Profilirungen angefertigt werden. Schiebethüren, welche in Pavillonsälen oft mit Vortheil zu verwenden sind, dürfen nur offen vor der Wand und nicht in Wandschlitzen laufen. Thürschwellen bieten dem Transport von Kranken Schwierigkeiten und sind deshalb überall zu vermeiden.

Die Fenster eines Krankensaales sollen, um ein Abströmen der obersten Luftschichten zu ermöglichen, möglichst bis zur Decke hochgeführt werden. Je grösser die Höhe, um so tiefer kann auch das Sonnenlicht in das Zimmer eindringen. Hierbei verdienen Fenster mit geradem Sturz den Vorzug vor einem rundbogigen Abschluss.

Die Fensterfläche soll in einseitig beleuchteten Krankenzimmern mindestens 1,5 qm, bei zweiseitiger Beleuchtung mindestens 2 qm pro Bett oder im Ganzen mindestens $^1/_4$—$^1/_5$ der Zimmerfläche betragen.

Rücksprünge oder Nischen in den Fensterbrüstungen sind wenig empfehlenswerth, falls hier nicht etwa Heizkörper aufgestellt werden sollen.

Die Fenster müssen möglichst gleichmässig über die Wandseiten vertheilt und die äussersten Fenster nahe an den Wandecken angeordnet werden, um alle Theile und Ecken des Zimmers gründlich lüften zu können und stagnirende Luftschichten zu vermeiden.

Für die Laibungen und Ecken der Fensteröffnungen empfiehlt sich dieselbe Herstellungsweise, wie sie bei den Thüren erwähnt ist. Für die Abdeckung der Fensterbrüstungen (Fensterbänke) eignet sich am besten Schiefer, Marmor, Cementputz u. dgl.

Die Fenster selbst werden in der Regel aus Holz herzustellen sein; wo indessen die Beschaffung schmiedeeiserner Fenster keine Schwierigkeiten macht, verdienen diese bei zweckmässiger Ausbildung aus manchen Gründen den Vorzug, namentlich bei grossen Flügeln. Schmiedeeiserne Fenster werfen sich nicht und lassen sich besser schliessen und rein halten, als Holzfenster, auch wird die Lichtfläche durch das Constructionsmaterial am wenigsten geschmälert.

Wenn angängig, so sollten in den Krankenzimmern stets Doppelfenster angelegt werden, um die Kranken im Winter vor Zug und Kälte, im Sommer vor Hitze besser zu schützen. Es genügen allenfalls Doppelfenster bis zur Höhe des Kämpfers. Der obere Theil ist am zweckmässigsten als Kippflügel einzurichten, wodurch eine gute Lüftung der Räume erzielt werden kann. In den inneren und äusseren Flügeln der Doppelfenster empfiehlt es sich, Luftklappen in verschiedenen Höhen anzubringen. Man kann hierdurch das direkte Einströmen der Luft verhindern und die Kranken vor schädlichen Zugwirkungen schützen.

Rouleaux oder seitlich zusammenziehbare Vorhänge dürfen in den Krankenzimmern nicht fehlen, doch können dieselben auch durch verstellbare Jalousieen ersetzt werden.

### c) Die Lüftung der Krankenräume.

Es ist bereits auf die Nothwendigkeit einer guten Lüftungsanlage, als eines wichtigen Factors für gesunde Verhältnisse eines Krankenhauses, hingewiesen worden.

Die Reinhaltung der Luft eines Krankenraumes hängt freilich ganz wesentlich von dem Wärterpersonal ab, welches dafür sorgen soll, dass Alles, was die Luft eines Krankenzimmers zu gefährden und zu verschlechtern geeignet ist, wie schmutzige Wäsche, verbrauchtes Verbandzeug, Auswurfstoffe u. s. w., möglichst bald entfernt und in den Krankenräumen das Eindringen, Aufwirbeln oder Ablagern von Staub durch geeignete Maassnahmen möglichst verhütet werde.

Trotzdem werden die Ausdünstungen und Ausleerungen der Kranken, die Verbände, Arzneien eine fortwährende Verschlechterung der Luft verursachen und Einrichtungen erforderlich machen, die eine ununterbrochene Abführung der schlechten und Zuführung guter reiner Luft gestatten. Eine solche Lufterneuerung lässt sich auf natürlichem und künstlichem Wege erreichen. Der erstere besteht darin, dass man die Luft durch Thüren, Fenster, Fensterjalousieen und sonstige Oeffnungen in beliebiger Weise aus- und einströmen lässt. Diese Lüftung ist die einfachste und wirksamste und kann überhaupt für eine zeitweilige, gründliche Durchlüftung nicht entbehrt werden. Ihre Wirksamkeit ist abhängig von der Anordnung der Fenster und Thüren, wie von der Anordnung der Räume im Gebäude überhaupt und am günstigsten bei den Pavillonbauten, wo eine direkte Durchzuglüftung in der Querrichtung, meistens auch direkt oder indirekt in der Längsrichtung stattfinden kann.

Diese Art der natürlichen Lüftung ist jedoch nicht jederzeit anwendbar und wegen der mit ihr verbundenen Zugwirkungen für die Kranken unter Umständen gefährlich.

Es werden daher künstliche Einrichtungen für eine jederzeit sicher functionirende Lufterneuerung nothwendig. Dieselben gründen sich entweder auf das natürliche Ausgleichungsbestreben zweier Luftsäulen, deren Gleichgewicht durch Temperatur-Differenzen gestört ist, oder auf die Anwendung maschineller Kräfte, mittelst welcher frische Luft in die Zimmer gepresst oder schlechte Luft aus denselben abgesaugt wird.

Bei der ersteren Art kommen in der Regel einfache Wandkanäle zur Anwendung, welche einerseits frische Luft von aussen in die Krankenräume einströmen, andererseits die verbrauchte Luft abziehen lassen. Die Oeffnungen der Zuluftkanäle befinden sich hierbei meistens in der Nähe des Fussbodens, diejenigen der Abluftkanäle in der Nähe der Decke. Jedoch kann diese Anordnung auch umgekehrt erfolgen, in welchem Fall entweder die frische Luft eingepresst (Pulsion) oder die verbrauchte Luft am Fussboden künstlich abgesaugt (Aspiration) werden

muss. Auch kann eine Pulsions- und Aspirations-Anlage gleichzeitig zur Anwendung kommen.

Da unter gewöhnlichen Verhältnissen im Sommer die unteren, kälteren Luftschichten eines Zimmers die bessere Luft, die oberen, wärmeren Luftschichten dagegen die schlechtere, verbrauchte Luft enthalten, so wird man in diesem Falle naturgemäss die Abzugsöffnungen in den Wandkanälen für die Abluft in der Nähe der Decke anlegen. Dagegen muss im Winter der Abzug der verbrauchten Luft in der Nähe des Fussbodens erfolgen, da die frische Luft, welche dem Zimmer zugeführt und an den Heizkörpern im Raum oder in besonderen Vorwärmekammern erwärmt wird, zunächst zur Decke steigt und allmählich von da zu Boden sinkt. Nur zur zeitweiligen Regulirung der Temperaturverhältnisse des Krankenraumes, zur Abführung einer etwa überhitzten Luft oder schlechter Gase wird man sich im Winter auch der oberen Abströmungsöffnungen der Wandkanäle bedienen. Während die letzteren Oeffnungen also einer entsprechenden Regulirung durch Klappen und Jalousieen bedürfen, werden die unteren Abzugsöffnungen am besten jederzeit offen gehalten.

Die Luftabführungskanäle können in verschiedener Weise angelegt werden. Bei Einzellüftung eines Krankenzimmers führt man dieselben direkt über Dach. Um das Abströmen der Luft in denselben, namentlich in solchen Zeiten, wo die Temperaturunterschiede im Innern und Aeusseren der Gebäude sehr gering sind, künstlich zu verstärken, kann man den Abzugskanal durch ein Heizrohr oder eine Gasflamme erwärmen, oder denselben neben ein warmes Schornsteinrohr legen, wodurch in dem Abluftkanal eine absaugende Wirkung erzielt wird. Diesem Zweck dienen auch oft Aufsätze auf den Ausmündungen über Dach, die Ventilatoren oder Exhaustoren, deren Wirkung je nach der Windstärke grösser oder kleiner, jedenfalls aber keine gleichmässige und sichere ist.

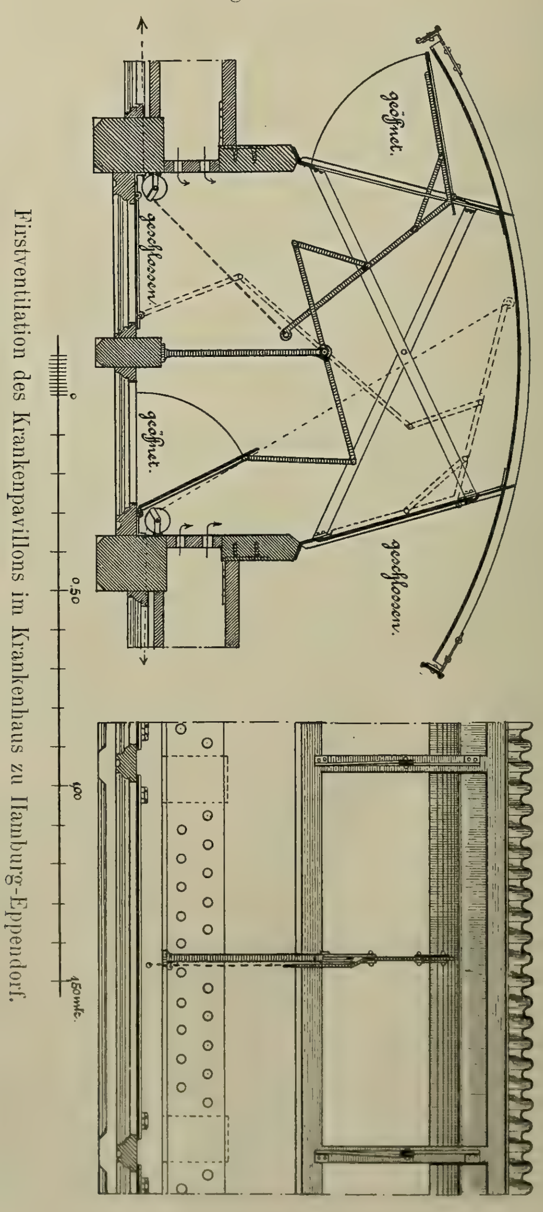
Bei einer centralen Entlüftungsanlage für eine Gruppe von Räumen oder für ein ganzes Gebäude werden die Abluftkanäle nach einem gemeinsamen Ventilationsschlot geleitet, welcher zur Erzielung einer kräftigen, absaugenden Wirkung auf irgend eine Weise, sei es durch einen örtlichen Heizkörper, durch ein eingebautes Rauchrohr, oder durch eine Centralheizung, entsprechend erwärmt, oder mit einem elektrischen Ventilator versehen wird. Diese Absaugung der verbrauchten Luft kann an einer beliebigen Stelle erfolgen, nach welcher die einzelnen Abluftkanäle der Räume oder die Sammelkanäle zu führen sind. Die Führung der Kanäle nach dem Dachboden und die Absaugung daselbst durch einen Ventilationsschlot kommt aus baulichen Gründen seltener zur Anwendung, als die Führung nach dem Keller, obgleich diese Art zur Ueberwindung der Luftwiderstände eine kräftigere Aspirationswirkung in dem Ventilationsschlot erfordert.

Die Ausmündung des Ventilationsschlots über Dach muss so hoch liegen, dass die ausströmende schlechte Luft nicht etwa in die Krankensäle zurückgelangen kann.

Obgleich durch solche centrale Aspirationslüftungen eine genügende

und gleichmässig sichere Lüftung aller Räume erzielt werden kann, so sind doch Störungen durch eine ungenügende Erwärmung des Ventilationsschlotes, durch Versagen des Ventilators oder durch sonstige Ursachen nicht völlig ausgeschlossen, wodurch Rückströmungen in den Kanälen entstehen können. Es empfiehlt sich daher im Allgemeinen nicht, Zimmer für Infectionskranke oder verschiedene Infectionsabtheilungen,

Fig. 13 und 14.



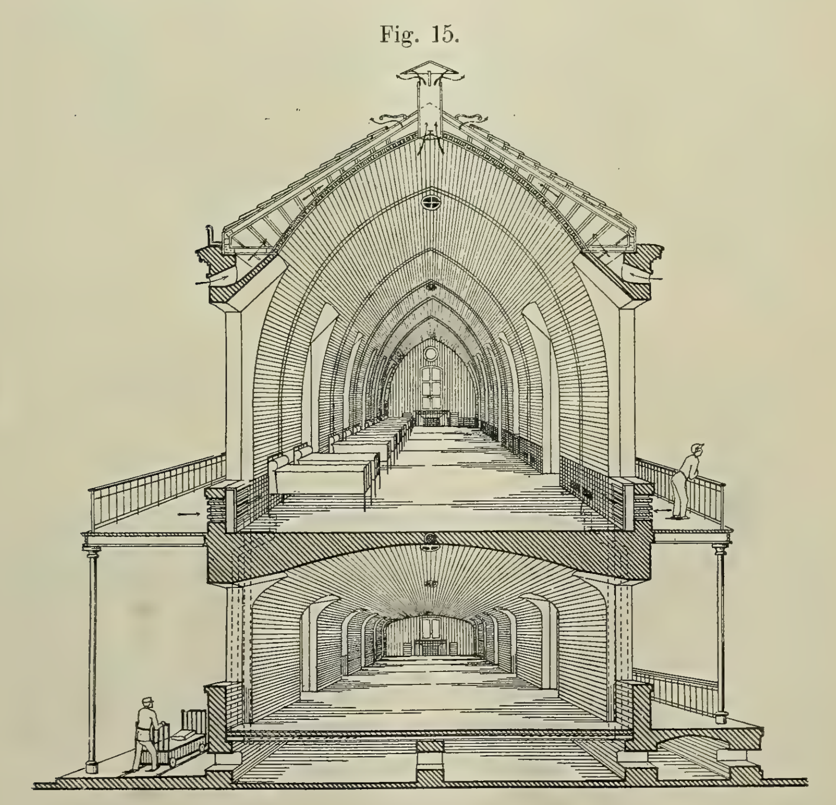

Firstventilation des Krankenpavillons im Krankenhaus zu Hamburg-Eppendorf.

sowie Aborte und andere derartige Räume mit gefährlicher, übelriechender Luft an eine centrale Lüftungsanlage anzuschliessen.

Will man den Wirkungsgrad einer Lüftungsanlage auf einen beliebigen Grad erhöhen und unbedingt sicher stellen, so lässt sich dies nur mit Maschinen (Druck- und Saugventilatoren oder Radgebläsen) erreichen. In neuerer Zeit hat man vielfach von elektrischen Ventilatoren Gebrauch gemacht, wenn sonstige elektrische Einrichtungen für Beleuchtungszwecke oder zur Erzeugung irgend welcher Kräfte vorhanden waren. Maschinelle Anlagen sind aber immer mit nicht unerheblichen Betriebskosten verbunden und von einer guten, sachgemässen Bedienung sehr abhängig.

Eine besondere Art von Lüftung ist diejenige mittelst Dachreiter, wie solche häufig in den Pavillonsälen, deren Decke zugleich das Dach bildet, angewendet werden. Fig. 13 und 14 stellt einen Dachreiter des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses dar, bei welchem sowohl in der Deckenfläche, als auch in den Langseiten des Ventilationsaufsatzes je 2 Klappen angeordnet sind, die kreuzweise mit einander durch Stellstangen gekuppelt, derartig functioniren, dass je ein gegenüberliegendes Klappenpaar der Decke und einer Seitenwand gleichzeitig geöffnet oder geschlossen werden kann. Auf diese Weise wird das direkte Einfallen von Wind und Regen verhütet.

Fig. 15.



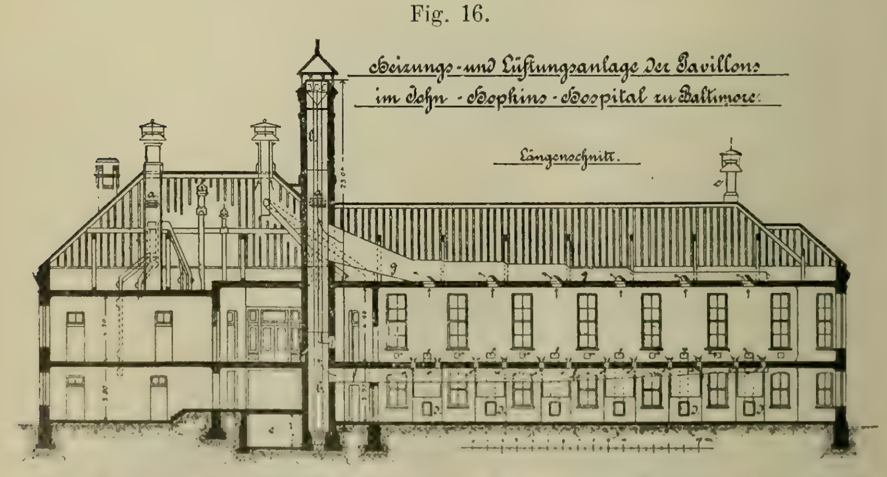
Innere Ansicht eines Krankensaales nach dem System Tollet.

Die Dachreiter können sehr wirksam zur Entlüftung des Saales beitragen, aber auch bei fehlerhafter Construction eine Belästigung der Kranken durch das Herabfallen kalter Luftströme herbeiführen.

Das Princip der Firstlüftung liegt auch dem von dem französischen Ingenieur Tollet erfundenen und nach ihm benannten Constructionssystem für Krankenbaracken zu Grunde. Die verbrauchte Luft des Krankensaals soll möglichst ohne Reibungswiderstand, wie solcher bei horizontalen Decken entsteht, nach oben abziehen und an der höchsten Stelle des Saales ins Freie abgeführt werden. Dementsprechend ist nach Fig. 15 für den Querschnitt des Saales ein spitzbogenförmiges Profil gewählt, dessen Wände glatt und ohne Vorsprünge sind und allmählich in die Decke übergehen. Im First, dessen spitze Form die Ansammlung der schlechten Luft begünstigt, wird letztere entweder durch lange Schlitze oder durch einzelne Entlüftungsrohre abgeführt. Die Einführung der frischen Luft in den Saal erfolgt hier im unteren Theil der Wände, in der Nähe des Fussbodens.

In den Pavillons des John Hopkins-Hospital in Baltimore ist eine Lüftung zur Anwendung gekommen, welche gestattet, die verbrauchte Luft entweder durch Oeffnungen in der Decke oder durch solche im Fussboden abführen. Hier befinden sich nämlich nach den Fig. 16 und 17 (vgl. auch Fig. 6 und 7) über der Decke und unter dem Fussboden des Krankensaales Sammelkanäle, welche die aus den Deckenöffnungen bezw. aus den mit Drahtnetzhauben geschützten Oeffnungen unter den Fussenden jedes Bettes entweichende Abluft nach einem grossen, durch Dampfspiralen erwärmten Entlüftungsschlot leiten. Die Fussbodenentlüftung kommt bei kaltem Wetter zur Anwendung, die Deckenentlüftung bei warmem Wetter, bei welchem aber auch beide Lüftungsarten gleichzeitig functioniren können. Die frische Zuluft tritt in

Fig. 16.




a. Dampfrohr-Spirale. b. Lüftungsschornstein. c. Abluftrohr des Dachraumes. d. Heizkammer. e Rohrtunnel. f. Leitung für die Entlüftung des Saales. g. Leitung für die Entlüftung des Saales nach oben.

Fig. 17.




b. Lüftungsschornstein. f. Leitung für die Entlüftung des Saales nach unten. d. Heizkammer. g. Leitung für die Entlüftung des Saales nach oben.

den Fensterbrüstungen in den Saal ein, nachdem dieselbe bei kaltem Wetter in einer grösseren Zahl von Heizkammern des Untergeschosses vorgewärmt ist.

Die Vorwärmung der frischen Zuluft etwa auf Zimmertemperatur ist in der kälteren Jahreszeit erforderlich, um kalte, die Kranken belästigende und gefährdende Luftströmungen zu verhüten. Am günstigsten geschieht dieselbe in Vorwärmekammern des Kellergeschosses, nach welchen die frische Luft mittelst Kanälen, die möglichst unabhängig von den äusseren Luftströmungen gemacht werden müssen, geleitet wird. Von den Vorwärmekammern wird die erwärmte Luft mittelst Wandkanälen, die am zweckmässigsten etwa 2 m über Fussboden der Krankenräume münden, den letzteren zugeführt.

Erfolgt die Vorwärmung an den Heizkörpern des Krankensaals selbst, so werden meistens die letzteren in den Fensterbrüstungen aufgestellt und in dem Mauerwerk daselbst ⌉_ förmige Zuluftkanäle angelegt, deren Oeffnungen durch Schieber oder Klappen regulirbar zu machen sind.

Stehen die Heizkörper nicht direkt an der Fensterwand, so werden die Frischluftkanäle oft von der Aussenwand aus unterhalb des Fussbodens nach den Heizkörpern hingeführt, eine Anordnung, die nicht sehr empfehlenswerth ist, wenn nicht die Möglichkeit vorliegt, diese Luftkanäle leicht controliren und gut reinhalten zu können.

In dem Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus erfolgt beispielsweise die Zuführung der frischen Luft zu den Pavillonsälen mittelst Kanälen von beiden Längsfronten aus in dem Mittelgang des Saals. Hier sind über den Luftausströmungsöffnungen im Fussboden Dampfheizkörper aufgestellt, welche eine tischartige Umkleidung mit seitlichen Thüren erhalten haben und welche nicht nur dazu bestimmt sind, die frische Luft vorzuwärmen, sondern auch bei geschlossenen Frischluftklappen und geöffneten Thüren der Umkleidung, die Fussbodenheizung dieser Krankensäle an sehr kalten Tagen zu unterstützen.

Die Entnahmestellen für die frische Luft müssen sorgfältig und so gewählt werden, dass Verunreinigungen durch Staub, Dünste oder durch Abluft von Krankenzimmern u. s. w. ausgeschlossen sind. Auch dürfen die Windströmungen keine absaugende oder stark pressende Wirkungen hervorbringen, wesshalb man mehrere Luftentnahmestellen auf verschiedenen Seiten des Gebäudes anordnet. Es empfiehlt sich, die Luft-Recipienten durch Gebüschanpflanzungen und durch Drahtgitter in den Einströmungsöffnungen zu schützen. Luftentnahmestellen auf dem Dach sind nur dann zulässig, wenn die Umgebung daselbst frei von Schornstein- und Abluft-Ausmündungen oder sonstigen schädlichen Einflüssen ist.

Die Frischluftkanäle dürfen keinen allzuengen Querschnitt haben, da sonst leicht starke Luftströme entstehen, durch welche Staub und Russtheile in die Zimmer mit fortgerissen werden. Bei weiteren Kanälen und langsamerer Luftbewegung wird dagegen eine Ablagerung derartiger gröberer, mechanischer Beimengungen erreicht. Für diesen Zweck ist übrigens die Anlage einer grösseren Luftkammer, in welcher eine Reinigung der Zuluft durch Filter von Baumwollengewebe, Holzwolle u. dgl. vorgenommen wird, oft kaum entbehrlich.

Alle Luftkanäle, namentlich diejenigen für Frischluft-Zuführung müssen auch leicht und gründlich gereinigt werden können und sind daher mit möglichst glatten Wandungen aus glasirten Steinen, verzinktem Eisenblech u. s. w., ferner mit gerundeten Ecken und ohne scharfe Krümmungen, welche dem Luftstrom hinderlich sind, sowie ohne sonstige ungünstige Querschnittsprofile herzustellen. Die Luftkammern sollen begehbar und hell, womöglich mit Rohglaswänden oder doch mit Fenstern versehen sein.

Bei der Berechnung von Lüftungsanlagen ist für gewöhnliche Kranke ein Ventilationsquantum von etwa 80 cbm pro Stunde und Bett, für ansteckende und schwere chirurgische Kranke ein solches von 120 bis 150 cbm anzunehmen.

### d) Die Heizung der Krankenräume.

Bei der Heizanlage eines Krankenhauses kann es sich um verschiedene Zwecke handeln, nämlich ausser der Erwärmung der Räume selbst noch um die Vorwärmung der Ventilationsluft, um die Erwärmung der Abluftschlote und um die Warmwasserbereitung. Da die Räume nur während der kalten Jahreszeit beheizt werden, der Betrieb für die übrigen Zwecke sich aber über das ganze Jahr erstreckt, so empfiehlt es sich, die Heizvorrichtungen diesem Betrieb entsprechend getrennt einzurichten.

Die Beheizung der Räume kann local oder central bewirkt werden. Die zu erzielende Temperatur soll in den Krankenzimmern etwa 20 bis 32° C., in den Nebenräumen, Corridoren und Treppenhäusern im Allgemeinen nicht unter 15° C. betragen. Unter Umständen wird es sich jedoch empfehlen, einzelne Nebenräume, wie z. B. den Closetraum, wenn derselbe in näherer Verbindung mit dem Krankensaal steht, auf dieselbe Temperatur, wie die Krankenräume zu bringen, um zu verhüten, dass kältere Luft des Closetraums nach dem wärmeren Krankensaal eindringt.

Die Erwärmung der Räume muss gleichmässig sein. Bei einer Localheizung sind daher solche Oefen zu wählen, welche eine fortgesetzte, leichte und gut zu regelnde Heizung gestatten, ferner keine all zu starke Wärmeausstrahlung besitzen und möglichst auch die Ventilation der Räume befördern.

Diesen Forderungen werden im Allgemeinen die Kachelöfen mit eisernem Untersatz gerecht, namentlich, wenn dieselben mit guten Heiz-Regulirvorrichtungen (Dauerbrand) versehen sind. Dieselben haben ein grösseres Wärme-Reservationsvermögen als eiserne Oefen und strahlen eine mildere Wärme aus. Indessen sind auch die eisernen Oefen bei ihrer jetzigen grossen Vervollkommnung recht wohl für Krankenzimmer geeignet, insbesondere die Regulir-Mantelöfen, sowie die irischen und amerikanischen Oefen, mit welchen leicht eine Ventilationseinrichtung in der Weise verbunden werden kann, dass Frischluftkanäle unterhalb des Fussbodens zu dem Fuss der Oefen geführt werden und die Luft durch letztere aspirirt und vorgewärmt wird. Gleichzeitig lässt sich eine verstärkte Entlüftung dadurch erzielen, dass der Rauchrohrkanal neben den Abluftkanal gelegt wird.

Durch eine zweckmässige Verbindung des eisernen mit dem Kachelofen, wie sie beispielsweise von dem Ingenieur Kori ausgeführt wird, lassen sich die Vortheile beider Ofensysteme gleichzeitig erreichen.

Kamine werden häufig in England und den romanischen Ländern, selten in Deutschland angewendet. Sie tragen verhältnissmässig wenig zur Erwärmung, aber viel zu einer kräftigen Entlüftung der Räume bei. Man hat daher oft auch die Kamine mit Kachelöfen combinirt und dadurch neben einer guten Entlüftung eine genügende Heizung erzielt.

Die Localheizungen finden im Allgemeinen nur bei kleineren Krankenhäusern Anwendung, da sie in der Anlage und bei kleineren Gebäuden

auch wohl im Betrieb billiger sind, als Centralheizungen. Indessen besitzen dieselben den Nachtheil, dass mit der Bedienung der Oefen viel Geräusch und Staubentwicklung verbunden ist, dass dieselben oft rauchen, bei unaufmerksamer Bedienung leicht überhitzt werden können u. s. w. Z. Th. kann man diesen Uebelständen dadurch begegnen, dass die Oefen vom Corridor aus beheizt werden, indessen verbleiben noch immer so erhebliche Nachtheile den Centralheizungen gegenüber, dass man den letzteren fast in allen Fällen den Vorzug geben sollte.

Die Vorzüge der Centralheizungen bestehen hauptsächlich in der gleichmässigen, milden Erwärmung der Räume zu jeder Tages- und Jahreszeit, unter Fortfall jeden Geräusches, jeder Staubentwickelung und jeder Verunreinigung durch Verbrennungsgase, in der leichten und zwekmässigen Vertheilung der Heizkörper an denjenigen Stellen des Raumes, wo die Erwärmung am nothwendigsten ist (Aussenwände, Fensterbrüstungen, Fussboden), oder wo der Raum am wenigsten benutzt wird, ferner in der leichten Regulirbarkeit der Zimmerwärme auf jeden gewünschten Temperaturgrad durch einfaches Stellen eines Ventils oder einer Klappe, desgleichen in der centralisirten geringeren Rauchentwicklung und der damit verbundenen besseren Reinhaltung der Luft, sowie in der leichten Vereinigung mit einer Lüftungsanlage.

Hierzu kommen vor Allem noch die materiellen Vortheile eines sparsamen Betriebs in Folge vollkommnerer Ausnutzung der Brennstoffwärme in einer grossen Feuerstelle, sowie in Folge einer leichten Ueberwachung und einfachen Bedienung der Heizungsanlage.

Von den Centralheizungen, bei denen als Mittel der Wärmeübertragung Dampf, Wasser und Luft, je für sich allein, oder in verschiedenartiger Combinirung, in Betracht kommen, hat sich die Luftheizung wegen ihrer austrocknenden und nicht sehr gleichmässigen Wirkung und wegen des Mangels an strahlender Wärme als wenig geeignet für Krankenräume erwiesen.

Ebenso sind die Heisswasser- und die Hochdruck-Dampfheizung wegen der zu stark strahlenden Wirkung, ungleichmässigen Erwärmung, Explosionsgefahr, und des starken Geräusches für Krankenräume wenig zu empfehlen.

Dagegen bewirkt die Warmwasserheizung eine sehr milde und angenehme Erwärmung der Räume und schliesst keine Gefahr der Explosion, wohl aber unter Umständen diejenige des Einfrierens der Rohre bei Unterbrechung der Heizung in sich.

Von allen vorgenannten Uebelständen der Centralheizungen ist die Niederdruck-Dampfheizung frei, welche im Uebrigen in ihrer Wirkung der Warmwasserheizung sehr nahe kommt, die letztere aber dadurch übertrifft, dass sie eine weit grössere Ausdehnungsfähigkeit in wagerechter Richtung ohne erhebliche Wärmeverluste besitzt und die Beheizung ausgedehnter Gebäudecomplexe von einer Feuerstelle aus ermöglicht. Da zudem die Niederdruck-Dampfheizung zu den billigeren Centralheizungen gehört, und sich mit derselben leicht eine Dampfkraftanlage

zur Erzeugung elektrischen Lichtes oder zum Betrieb von Aufzügen, Koch- und Wascheinrichtungen, Desinfectoren und Trocknereien verbinden lässt, so hat dieses Heizungssystem im Krankenhausbau bisher vor allen anderen ein weites Ausbreitungsgebiet gefunden.

Bei den neueren, sehr vervollkommneten Constructionen (Syphon-Regulirung) wird ein Rosten der Rohre fast vollständig verhütet und durch Füllfeuerung und automatische Verbrennungsregler eine continuirliche Heizung (Dauerbrand) erzielt, die eine Gleichmässigkeit des Betriebs zu jeder Zeit und eine grosse Sparsamkeit im Verbrauch von Brennstoff sichert.

Durch Vereinigung der Dampf- und Wasserheizung lassen sich wieder manche besondere Vorzüge erzielen. So besitzt z. B. die Dampf-Warmwasserheizung eine grosse, räumliche Ausdehnungsfähigkeit bei mildem, angenehmen Wärmeeffect; jedoch kommen die Anlagekosten denjenigen einer reinen Warmwasserheizung gleich. Auch die Dampfluftheizung, bei welcher eine grössere Anzahl von Luftkammern von einer Centralstelle mittelst Dampf beheizt werden kann, lässt sich auf grosse Entfernungen ausdehnen. Sie empfiehlt sich besonders für die Vorwärmung frischer Luft, zumal die Anlagekosten nicht hoch sind.

Die Heizkörper sollen im Allgemeinen so in dem Krankensaal vertheilt werden, dass eine möglichst gleichmässige Erwärmung desselben erzielt wird. Dieselben müssen eine einfache Form und glatte Oberfläche erhalten, damit sie leicht und gut gereinigt werden können. Verkleidungen sind, da sie die Controle über eine gute Reinhaltung erschweren, ganz fortzulassen oder wenigstens leicht abnehmbar zu machen. Empfehlenswerth sind die Reihenglieder-Heizkörper mit senkrechten glatten Flächen ohne Verkleidung, sodann auch im Allgemeinen Rohrschlangen mit glattem Schmiederohr, sofern sie für eine Reinigung leicht zugänglich sind.

Eine besondere Stelle unter den Centralheizungen nimmt die Gasheizung ein. Bei derselben geht nur das Heizmittel, das Gas, von einer Centrale aus, während die Verbrennung und Wärmeerzeugung eine locale ist und einen localen Betrieb erfordert. Die Gasheizung ist zwar vielfach bereits in Krankenhäusern für einzelne Theile zur Anwendung gekommen, indessen gehen die Urtheile über die Bewährung derselben auseinander. Im Allgemeinen dürften sich die Betriebskosten höher als bei allen anderen Heizungsarten stellen, ohne dass besondere Vortheile, wenigstens den Centralheizungen gegenüber, erzielt werden.

Das Bestreben, den Krankensaal möglichst gleichmässig und besonders an den der Abkühlung am meisten ausgesetzten Stellen zu erwärmen, hat in neuerer Zeit vielfach Veranlassung gegeben, die im Princip schon von den Römern angewendete Fussbodenheizung zur Anwendung zu bringen und zu vervollkommnen, zumal diese Heizungsart den weiteren Vorzug hat, dass Heizkörper in dem Krankensaal ganz fortfallen können, und die Lüftung durch den starken Auftrieb der Luft sehr begünstigt wird.

Da die Fussbodenheizung einen mehr oder minder hohen Hohlraum unterhalb des Fussbodens erfordert, wo die Heizkörper oder Heizröhren anzuordnen sind, um die Oberfläche des Fussbodens auf etwa + 20 bis + 35° C., je nach der Aussentemperatur, zu erwärmen, so beschränkt sich die Anwendung derselben im Allgemeinen nur auf Krankensäle des Erdgeschosses. Die Decke des Hohlraums wird am besten möglichst dünn (aus Cementplatten, Moniermasse von ca. 6 Centimeter Stärke) mit Terrazzo- oder Fliesenbelag hergestellt, damit der Fussboden schnell erwärmt werden und seine Wärme leicht wieder abgeben kann. Eine starke, massive Decke würde durch ihr grosses Wärmereservationsvermögen für die Insassen des Saales oft erhebliche Belästigungen herbeiführen.

Einen ähnlichen Zweck, wie bei der Fussbodenheizung, hat man auch durch eine Beheizung der Wände verfolgt, indem man die in denselben angebrachten Hohlräume durch Heizrohre erwärmte. Diese Heizungsart hat indessen selten Anwendung gefunden.

Für die Warmwasserbereitung in einem Krankenhaus können verschiedene Methoden zur Anwendung kommen.

In kleinen Krankenhäusern ohne Centralheizung kann man die Warmwasserbereitung durch eine Heizschlange im Küchenheerd bewirken, welche letztere mit einem Kaltwasser-Reservoir in Verbindung steht. Durch eine Erwärmung der Wasserrohrschlange wird das erwärmte Wasser nach den einzelnen Verbrauchsstellen getrieben, wenn der Druck des kalten Wassers entsprechend gross ist.

Oft wird auch ein besonderer Warmwasserkessel mit eigener Feuerung in einem Raum aufgestellt.

Vortheilhaft ist in grösseren Krankenanstalten die Anlage einer besonderen Dampfheizung für die Warmwasserbereitung, gleichzeitig auch für die Erwärmung von Abluftschloten, für Sterilisationszwecke, für Dampf-Sprühapparate u. s. w. Das warme Wasser kann hierbei erzeugt werden durch eine Dampfschlange in einem Kessel, der im Keller aufgestellt wird und mit Kaltwasserzulauf unten und mit Wasserablauf oben versehen ist. Durch die Erwärmung des Kesselwassers wird eine Circulation des letzteren herbeigeführt, welche das warme Wasser nach den einzelnen Verbrauchsstellen ausströmen lässt, während das kalte Wasser mit einem entsprechenden Druck das abfliessende warme Wasser ersetzt.

Oft wird auch das warme Wasser in einem hochgelegenen Behälter erzeugt, in welchem die Rohre einer Centralheizung eingelegt sind und welches mit einem Kaltwasser-Reservoir in Verbindung steht. In demselben Maass, wie das warme Wasser durch die Hähne an den einzelnen Verbrauchsstellen abfliesst, strömt kaltes Wasser durch den Schwimmerhahn eines Verbindungsrohrs beider Behälter nach.

### e) Die Nebenräume des Krankensaales.

#### α) Die Einzelzimmer.

Die Zahl der Einzelzimmer, welche bei jeder Kranken-Abtheilung neben dem grösseren, gemeinschaftlichen Krankensaal vorzusehen sind, ist sehr verschieden und nicht nur von örtlichen Verhältnissen, sondern auch von der Ansicht des jeweiligen maassgebenden Arztes abhängig. Die Einzelzimmer sind unentbehrlich zur Absonderung von Schwerkranken, Tobenden, oder Ekel erregenden Kranken. Auch für zahlende Kranke sind solche vorzusehen, wenn hierfür nicht ein besonderes Gebäude oder ein besonderer Gebäudetheil vorbehalten ist. Die Zahl der Betten in den Einzelzimmern schwankt meistens zwischen 1—4 und das Verhältniss der Einzelzimmer-Betten zu den Betten der betreffenden Abtheilung insgesammt zwischen 1 : 5 bis 1 : 10.

Die Einzelzimmer sollen weder mit dem Krankensaal, noch unter einander in direkter Verbindung stehen, werden aber zweckmässig in der Nähe des Saales angeordnet.

#### β) Der Tageraum.

Der Tageraum soll den Reconvalescenten Tags über als Aufenthaltsraum dienen. Hierdurch wird nicht nur den Genesenden gesundheitlich genützt, sondern auch den bettlägerigen Kranken mehr Ruhe und bessere Luft verschafft, da diesen in dem entlasteten Krankensaal ein um so grösserer Luftraum pro Bett verbleibt. Der Tageraum soll ebenso wie der Krankensaal allen gesundheitlichen Anforderungen gerecht werden und vor Allem gute Licht- und Luftverhältnisse bieten. Die Hauptfront muss möglichst nach Süden gerichtet und so ausgebildet werden, dass das Sonnenlicht reichlich in den Raum eindringen kann. Liegt derselbe im Erdgeschoss, so wird man denselben zweckmässig durch eine Thür direct mit dem Garten in Verbindung bringen, so dass es bei Anlegung einer Rampe auch möglich ist, einzelne Betten zeitweilig in das Freie zu bringen.

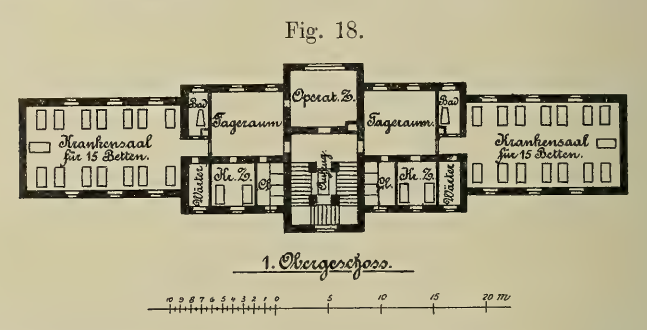
Um dem Tageraum einen wohnlicheren Charakter zu geben, empfiehlt es sich, den Fussboden aus Holz (Riemenfussboden) herzustellen oder mit Linoleum zu belegen. Da im Tageraum meistens die Speisenvertheilung für die Krankenabtheilung vorgenommen wird, so ist derselbe zweckmässig in direkte Verbindung mit der Spülküche zu bringen zum bequemen Transport des Geschirrs, welches in der Spülküche aufbewahrt und aufgewaschen wird. Auch muss der Tageraum mit dem Closetraum möglichst so verbunden werden, dass die Reconvalescenten nicht erst, um zu letzterem zu gelangen, den Krankensaal zu durchschreiten gezwungen sind.

Die Grösse des Tageraumes ist in den einzelnen Krankenanstalten oft sehr verschieden. Dieselbe sollte im Allgemeinen nach dem Verhältniss der Reconvalescenten zu den bettlägerigen Kranken bemessen werden, also ungefähr $^1/_5$ des Krankensaals betragen, wie dies z. B. in

den Krankenhäusern zu Hamburg-Eppendorf, in Leipzig, im Friedrichshain zu Berlin, in Nürnberg der Fall ist.

Vielfach werden die Corridore als Tageräume benutzt. Dieselben müssen dann in entsprechend grösserer Breite und so angelegt werden, dass die Reconvalescenten von dem Durchgangsverkehr nicht zu sehr gestört werden und umgekehrt. (Vgl. Grundriss des dreigeschossigen Pavillons für Aeusserlichkranke im Kaiser Franz Josef-Krankenhaus zu Rudolfsheim-Wien, Fig. 18.)

Fig. 18.




Dreigeschossiger Pavillon im Kaiser Franz Josef-Krankenhaus zu Rudolfsheim-Wien.

Anstatt der Tageräume werden auch oft Veranden und Terrassen vorgesehen, die ganz offen, oder nur mit einem Dach versehen, oder auch an den Seiten geschlossen sind.

Die offenen Veranden, bei denen sich im Nothfall das Dach durch bewegliche Markisen ersetzen lässt, erscheinen insofern am günstigsten, als dieselben den Einfall des Sonnenlichts in den Krankensaal nicht hindern und den Genuss der frischen Luft am besten gestatten. Die Veranden müssen mit dem Krankensaal direkt verbunden sein, so dass die Betten leicht dorthin befördert werden können. Ob die Veranden an der Längs- oder Giebelseite des Krankensaales anzuordnen sind, hängt von der jeweiligen Gestaltung des Gebäudes ab, jedoch muss die Lage eine südliche, dem Sonnenlicht möglichst zugängliche sein.

In den neueren englischen Krankenhäusern fehlen meistens die Tageräume, weil hier für die Reconvalescenten durch Errichtung besonderer Gebäude gesorgt wird.

$\gamma$) Die Baderäume.

Die in einem Krankenhaus vorzusehenden Bäder lassen sich je nach ihren verschiedenen Zwecken eintheilen in solche für ankommende Kranke, Aufnahmebäder, welche nur Reinigungszwecken dienen und in der Nähe des Eingangs des Krankenhauses bei den Verwaltungsräumen vorzusehen sind, ferner in Bäder für das Krankenhauspersonal und für Aerzte, endlich hauptsächlich in Bäder für die Krankenpflege, welche wiederum verschiedenen Zwecken der letzteren dienen und daher eine grössere Mannigfaltigkeit der Arten aufweisen.

Zu der letzt genannten Gruppe gehören diejenigen Bäder, welche für jede Krankenabtheilung vorgesehen werden müssen. Man rechnet etwa auf je 10—15 Kranke eine Badewanne. Der Baderaum soll in der Nähe des allgemeinen Krankensaals oder möglichst im Mittelpunkt einer Krankenabtheilung liegen. Häufig wird der Baderaum direkt mit dem Krankensaal verbunden, es ist indessen vorzuziehen, wenigstens einen Vorraum zwischen diesen beiden Räumen einzufügen, um zu verhüten, dass die Badedünste in den Krankensaal eindringen. Dieser Vorraum kann auch zweckmässig zur Aufstellung von Waschtischen für die Kranken benutzt werden. Bei einer derartigen Anordnung genügt für den Baderaum mit 1 Wanne eine Fläche von etwa 10 qm, während bei 2 und 3 Wannen ca. 15 bezw. 20 qm erforderlich sind.

Hinsichtlich der baulichen Einrichtung ist darauf Bedacht zu nehmen, dass Wände, Fussboden und Decke leicht gereinigt, auch gründlich desinficirt werden können und dass dieselben gegen Wasserdämpfe genügende Widerstandsfähigkeit besitzen. Es empfiehlt sich daher durchweg eine Massiv-Construction mit geglättetem Cementputz auf Wänden und Decken. Als Fussbodenbelag eignen sich hier am besten Fliesen oder Terrazzo, ferner auch Asphaltestrich mit Oelfarbenanstrich. Sehr zweckmässig ist eine Verblendung der Wände mit glasirten Steinen, wenigstens bis auf eine Höhe von etwa 1,80 m. Wo hierfür die Mittel nicht verfügbar sind, muss ein Oel- oder Emailfarbenanstrich gewählt werden und zwar sowohl für die Wände, als auch für die Decke. Alle Kanten und Ecken sind ab- bezw. auszurunden. Der Fussboden muss eine Abflussvorrichtung mit Wasser-Geruchverschluss erhalten, um eine gründliche Spülung zu erleichtern und namentlich auch die Entleerung einer fahrbaren Badewanne, welche auf einer Krankenabtheilung schwerlich entbehrt werden kann, zu ermöglichen.

Die Fenster, welche eine reichliche Beleuchtung des Raumes gestatten müssen, werden zweckmässig aus Eisen hergestellt, da Holz unter den Einwirkungen der Feuchtigkeit sehr leidet. Zur Erwärmung der Baderäume empfiehlt sich besonders die Fussbodenheizung. Die Bereitung des warmen Wassers kann durch einen gewöhnlichen oder Gas-Badeofen bewirkt werden, doch kommt meistens eine centrale Warmwasserbereitung zur Anwendung, wie sie bereits früher besprochen ist.

Für den Einlauf des Wassers in die Badewannen benutzt man Mischhahngarnituren, in welchen die Kalt- und Warmwasserleitungen zusammengeführt werden, und durch Mischung eine beliebige Wassertemperatur erzielt werden kann, jedoch so, dass ein Verbrühen des Badenden ausgeschlossen ist.

Die Wasserleitungsrohre sollten offen vor den Wänden liegen, um Undichtigkeiten leicht entdecken und ausbessern zu können. Bei Decken-Durchbrüchen empfiehlt es sich, die Leitungsrohre durch ein weiteres, umhüllendes Eisenrohr hindurchzuführen.

Die Badewannen werden aus den verschiedensten Materialien, Zink,

Kupfer, Eisen, gebranntem Thon, Fayence hergestellt. Sehr beliebt (besonders in England), aber auch theuer, sind die Fayencebadewannen aus einem Stück. Dieselben besitzen eine grosse Dauerhaftigkeit und lassen sich sehr leicht rein und sauber halten. Bewährt haben sich ferner die kupfernen, verzinnten, sowie die nickelplattirten Stahlblech-Wannen (letztere im Krankenhaus am Urban in Berlin), indessen genügen im Allgemeinen auch die billigen, emaillirten, gusseisernen und die Zinkblech-Badewannen.

Um nicht nur die Wannen selbst, sondern auch ihre ganze Umgebung gut reinhalten zu können, müssen dieselben verrückbar sein. Sollen dieselben transportabel gemacht werden, so erhalten sie Gummiräder oder fahrbare Radgestelle.

In einem Baderaum müssen je nach Bedarf noch vorhanden sein eine Arm-, Sitz- und Fussbad-Wanne, event. ein besonderer Wäschewärm-Apparat, der aber auch durch eine Messingstange um den Badeofen, oder um einen Heizkörper des Raumes ersetzt werden kann, ausserdem ein Stuhl, eine Ruhebank, ein Tisch, Kammkasten, Spiegel etc.

Für äusserlich Kranke werden oft noch in den chirurgischen Abtheilungen Dauerbäder oder Wasserbetten vorgesehen, welche entweder in einem besonderen Raum, oder in dem allgemeinen Krankensaal als letzte Betten einer Reihe aufgestellt werden. Letzteres hat den Vortheil, dass solche Kranke stets unter Aufsicht sind, ohne dass ein besonderer Wärter für sie angestellt zu werden braucht.

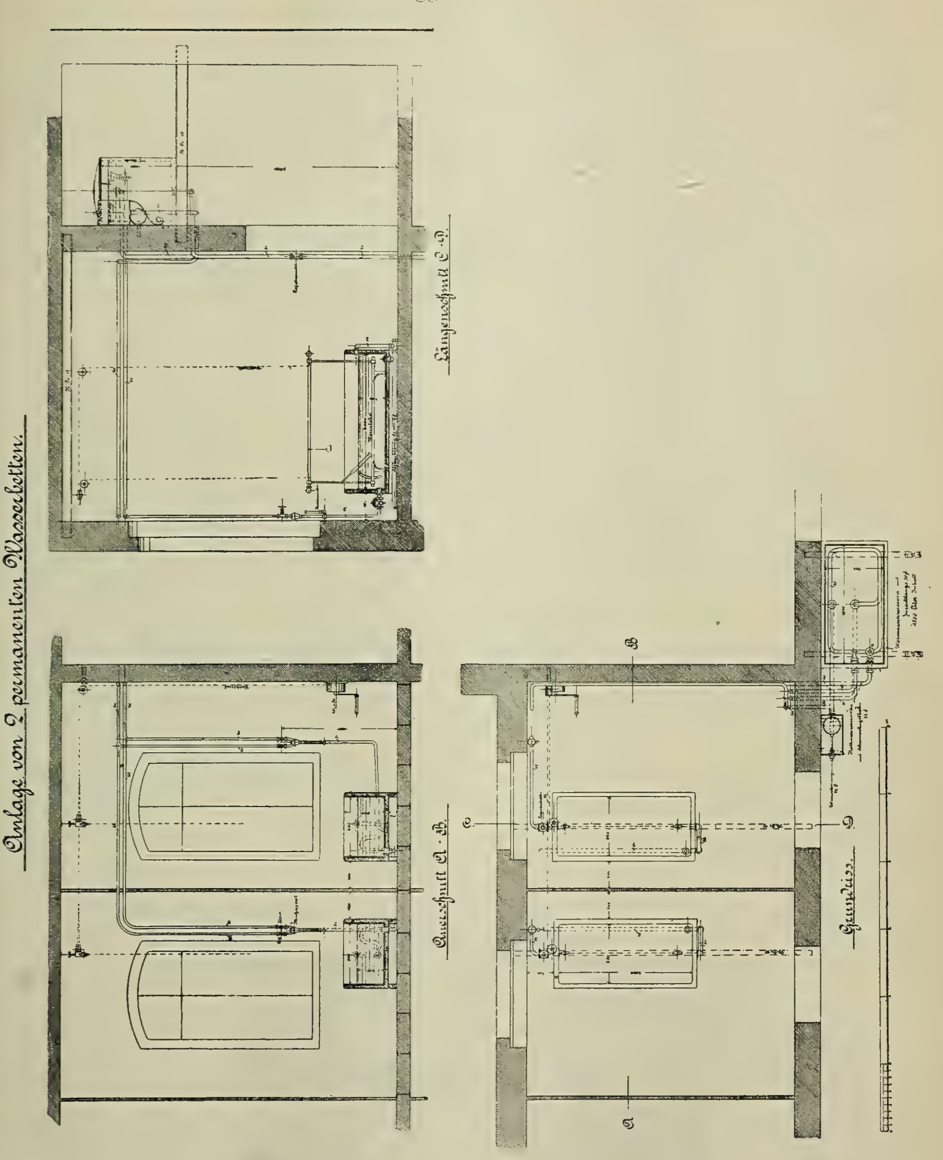
Die Wasserbetten werden am besten aus Fayence, gebranntem, glasirten Thon, oder nach dem System Monier hergestellt und in letzterem Fall mit glasirten Platten verkleidet. Die Kranken liegen in den Wannen auf einer mit Segeltuch überspannten Bahre mit verstellbarem Kopfstück, Fussbrett und 2 durch eine Messingstange verbundenen Bügeln an den beiden kurzen Seiten. An der Messingstange ist das Drahtseil einer Windevorrichtung zum Heben der Bahre befestigt. Die Wanne ist tischartig mit einem Holzdeckel überdeckt, welcher mit Ausschnitt für den Kopf des Kranken versehen ist.

Eine derartige Wasserbetteneinrichtung ist aus den Figuren 19—21 näher ersichtlich.

Die Wasserwärme muss gleichmässig sein und etwa 30° C. betragen. Zu diesem Zweck wird dem Wasserbett nahe dem Boden aus einem, durch eine Heizschlange erwärmten und mit Regulirvorrichtung versehenen Wasserreservoir warmes Wasser von einer gewissen constanten Temperatur ununterbrochen zugeführt, während der Wasserstand durch ein Abflussrohr, dessen Mündung etwa in $^2/_3$ der Höhe der Wanne liegt, geregelt wird.

Zur Speisung der Wasserbetten kann man auch den Schaffstädtschen Gegenstrom-Apparat verwenden, in welchem das Wasser durch einen Dampfstrom unmittelbar erwärmt und auf einer bestimmten Temperatur erhalten werden kann. Dieser Apparat wird im Krankensaal selbst neben dem Wasserbett aufgestellt.

Figg. 19—21.




Ausser den erwähnten Bädern werden noch in grösseren und mittleren Krankenhäusern allgemeine Dampf- oder römisch-irische Bäder, ferner elektrische, Mineral-, Sand-Bäder erforderlich, die für die allgemeine Benutzung in besonderen Gebäuden oder Anbauten untergebracht zu werden pflegen.

Für die römisch-irischen Bäder werden gewöhnlich folgende Räume vorzusehen sein: ein geräumiger Aus- und Ankleideraum, zugleich auch Ruheraum, dessen Temperatur ca. 22° C. betragen muss;

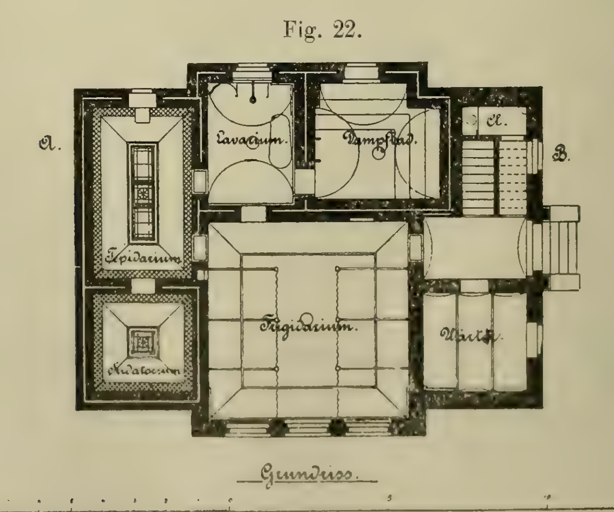
ferner ein Warmluft-Baderaum (Tepidarium), welcher in direkter Verbindung mit ersterem Raume steht und eine Temperatur von 45—55° C. erhalten muss. An das Warmluftbad schliesst sich sodann dass Heissluftbad (Sudatorium) mit einer Temperatur von 55—65° C. an, desgleichen das auf 26—30° C. zu beheizende Lavacrum mit den verschiedensten Arten von Brausen und Douchen, event. auch mit einem Vollbad und endlich das Dampfbad.

Die Räume, namentlich das Dampfbad, bedürfen einer kräftigen Lüftung durch einen erwärmten oder mit Ventilator versehenen Absaugeschlot. Die Heizung erfolgt am besten durch Heissluftkammern im Untergeschoss, von wo aus die Luft durch Kanäle den ausserdem noch mit Heizkörpern ausgestatteten Räumen zugeführt wird, z. Th. auch durch Fussbodenheizung.

Die Construction der Räume muss in allen Theilen eine massive sein, namentlich sind die Wände und Decken der Dampfbäder widerstandsfähig gegen die heissen Dämpfe herzustellen und deshalb am besten in ganzer Ausdehnung mit glasirten Steinen zu verblenden. Die mit Terrazzo, Fliesen, Asphalt zu belegenden Fussböden erhalten aufnehmbare Lattenroste und direkte Sielabflüsse mit Geruchverschluss. Holz ist sowohl bei den Thüren, wie bei den Fenstern möglichst zu vermeiden und durch Eisen, Eisenblech, Schiefer, Marmor zu ersetzen. Die Wände, sowie die massiven Decken müssen gegen Abkühlung gut geschützt werden, weshalb dieselben oft aus doppelten, durch eine Luftschicht getrennten Mauern bezw. Gewölben hergestellt werden.

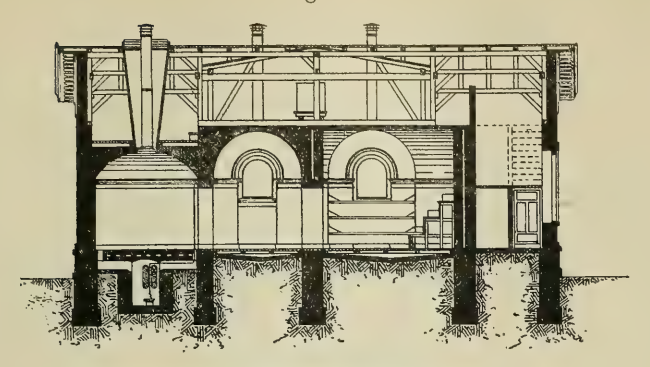
In den Abbildungen 22 und 23 ist als Beispiel einer römisch-irischen Badeanlage diejenige des Krankenhauses im Friedrichshain zu Berlin dargestellt.

Fig. 22.




Badehaus des Krankenhauses Friedichshain in Berlin.

Fig. 23.



Badehaus des Krankenhauses Friedrichshain in Berlin.

δ) Der Waschraum.

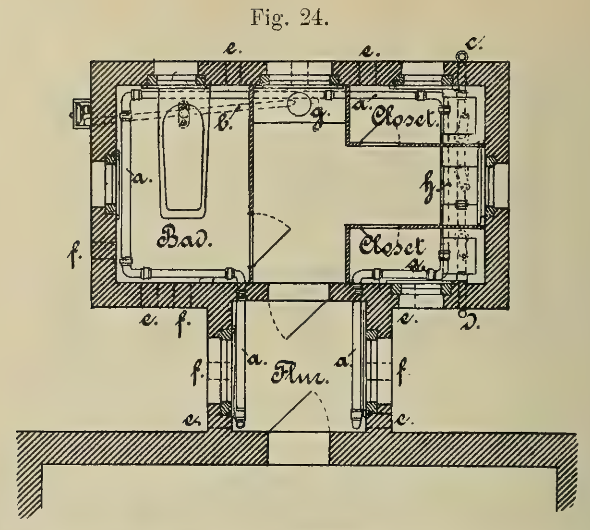
Die Waschtische für Kranke und Reconvalescenten können im Krankensaal selbst, auf einem Corridor, in dem Vorraume des Badezimmers oder des Closets, besser aber in einem besonderen Raum untergebracht werden. Für einen Waschtischplatz ist ein Raum von 0,8 m Breite und 1,50—1,80 m Tiefe zu rechnen, desgleichen auf je 10 Kranke etwa 1 Waschtisch. Letzterer erhält Zuflussleitungen für Warm- und Kaltwasser und einen Mischhahn. Kippschalen sind nicht sehr empfehlenswerth wegen der schwierigen Reinhaltung, ebenso die Stöpselverschlüsse mit Ketten. Die Zweckmässigkeit und der sanitäre Werth einer Wascheinrichtung hängt ab von der Möglichkeit einer leichten und bequemen Reinhaltung sowohl der einzelnen Theile des Waschtisches selbst, wie der ganzen Umgebung desselben, weshalb auch Umkleidungen zu verwerfen sind.

ε) Der Abortraum.

Aborte sollen möglichst für jede Abtheilung getrennt und hier wiederum für die Kranken und für das Wärterpersonal, sowie für Aerzte gesondert angelegt werden. Werden die Kranken-Closets nur von dem Krankensaal aus zugänglich gemacht, so sollte dies stets nur mittelst eines gut lüftbaren Vorraumes geschehen. Die englischen Hospitäler bieten in dieser Beziehung sehr gute Vorbilder, indem die Closets daselbst meistens in thurmartige Ausbauten verlegt werden, die vom Krankensaal nur durch brückenartige Verbindungsbauten zugänglich sind. Diese letzteren sind entweder ganz offen oder, wenn geschlossen, in beiden Längsseiten mit Fenstern versehen, wodurch eine kräftige Durchlüftung ermöglicht ist. (Vgl. Grundriss der Bade-, Wasch- und Abortanlage der Krankensäle in der St. Marylebone Infirmary zu London nach Fig. 24.)

In den Corridorbauten legt man den Abortraum gewöhnlich an die Nordseite des Gebäudes, um hier die Südfront möglichst für die Kranken-

Fig. 24.



Bade-, Wasch- und Abortanlage der Krankensäle in der St. Marylebone Infirmary zu London.

a. Heizrohr. b. Wasser-Ableitung. c. Abortrohr. d. Lüftung des Aborts. e. Frische Zuluft. f. Abluft. g. Waschbecken. h. Ausguss.

zimmer auszunutzen. Sind die Gebäude mehrgeschossig, so müssen die Aborte in den einzelnen Geschossen direkt über einander angeordnet werden.

Die Grösse des Abortraumes richtet sich nach der Zahl der Closetsitze, deren man einen auf etwa 10—15 Kranke rechnet. Die Closetverschläge, für welche eine Breite von 1 m bei einer Tiefe von 1,5 m genügt, können aus glatten Holzwänden, besser aus verzinktem Eisenblech oder Xylolithplatten hergestellt werden. Dieselben beginnen etwa 0,15—0,30 m über dem Fussboden und erhalten eine Höhe von etwa 2,5 m. Jeder Closetsitz muss der Lüftung und der guten Beleuchtung wegen ein eigenes Fenster erhalten. Ausserdem ist noch durch wirksame Abluftkanäle, welche direkt über Dach zu führen sind, durch Kippflügel in den Fenstern und Jalousieen für eine gute Lüftung des Abortraumes zu sorgen. Die Abfallrohre bezw. Closetsitze erhalten besondere Entlüftungsrohre.

Wände und Fussböden müssen massiv hergestellt und gegen die zersetzenden Wirkungen von Urin und sonstigen Flüssigkeiten besonders widerstandsfähig gemacht werden. Die Wände sind daher mindestens mit Cementputz zu versehen und mit Emailfarbe zu streichen, während sich für die Fussböden am meisten Fliesenbelag eignet. Auch hier sind Sielabflüsse im Fussboden anzulegen und alle Ecken und Kanten zu runden.

Wenn irgend thunlich, sollten die Closets Wasserspülung erhalten, da solche den hygienischen Anforderungen am meisten entsprechen. Die Sitze sollen hierbei, wie auch bei etwaigen anderen Systemen (Tonnen-

system) freistehend aus Fayence oder Porzellan, ohne alle Verkleidung sein, da nur diese eine gute und leichte Reinhaltung des Aborts gestatten.

### ζ) Die Wärterzimmer.

Von manchen Aerzten werden besondere Wärterzimmer bei den Kranken-Abtheilungen nicht für erforderlich gehalten, da die Wärter sich hier nur im Dienst aufhalten, sonst aber der besseren Ruhe und Erholung wegen von den Krankenabtheilungen entfernt, oder in besonderen Gebäuden wohnen sollen. In solchem Falle würden die Abtheilungs-Wärter während der Nacht ausschliesslich auf ein Bett im Krankensaal, wenn auch vielleicht in einem abgetrennten Theil desselben, angewiesen sein, was kaum billig erscheint. Da ausserdem in den Kranken-Abtheilungen stets Hilfswärter zur Hand sein müssen, um die Abtheilungswärter in Nothfällen sofort zu unterstützen, so wird hier nicht gut auf einen Raum für die Unterkunft eines oder mehrerer Wärter während der Nachtzeit verzichtet werden können.

Für einen Wärter genügt ein Raum von etwa 10—12 qm Grundfläche, die aber entsprechend zu vergrössern ist, falls etwa noch Schränke für reine Wäsche, Verbandzeug und Arzneien untergebracht werden sollen.

Es empfiehlt sich nicht, das Wärterzimmer unmittelbar mit dem Krankensaal durch eine Thür oder ein Fenster in Verbindung zu bringen, da die Wärter hierdurch leicht veranlasst werden, zum Nachtheil des Dienstes im Krankensaal sich allzu häufig in ihrem Zimmer aufzuhalten und sich von hier aus mit der Beobachtung der Kranken zu begnügen.

Das Wärterzimmer wird baulich im Allgemeinen ebenso wie die Einzelzimmer auszugestalten sein.

### η) Die Spül- und Theeküche.

Zum Aufbewahren und Reinigen des Ess- und Trinkgeschirrs, desgleichen zum Wärmen, Anrichten und Vertheilen der Speisen aus der allgemeinen Kochküche, ferner zum Bereiten von Thee und sonstigen warmen Getränken, sowie von Breiumschlägen, zur Aufbewahrung von Vorräthen, Speisen, Milch und Arzneien müssen in einer Kranken-Abtheilung ein oder mehrere Räume mit entsprechenden Einrichtungen vorgesehen werden, falls es nicht aus besonderen Gründen zweckmässig und angängig erscheint, alle die genannten Zwecke von der allgemeinen Küche aus zu besorgen, wie dies in kleineren Krankenhäusern recht wohl geschehen kann.

Die Thee- und Spülküche werden im Interesse eines einfacheren, übersichtlicheren Betriebes und einer leichteren Controlle desselben am besten in einem Raum vereinigt, der leicht zugänglich sein muss und zur leichteren Reinhaltung in seinen Abmessungen auf das nothwendigste Maass beschränkt werden kann.

Der Fussboden muss massiv mit einem Belag von Terrazzo oder

Fliesen hergestellt werden, während die Wände mit Cement zu putzen und mit Oel- oder Emailfarbe zu streichen sind. Besser ist eine Verkleidung der Wände mit glasirten Steinen wenigstens bis zu einer Höhe von 1,50—2,0 m. Nothwendig ist eine solche Verkleidung in den Wandflächen um den Spültisch, doch kann diese auch aus Schiefer, Glas und Marmor hergestellt werden.

Auf eine gute, direkte Beleuchtung, die bei diesem Raum in älteren Corridorgebäuden oft sehr vernachlässigt ist, muss besonders im Interesse der Sauberkeit grosses Gewicht gelegt werden. Desgleichen ist für eine gute Lüftung zu sorgen, damit sich nicht Dünste aus diesem Raum über das Gebäude verbreiten.

Die Einrichtungsgegenstände der Spül- und Theeküche bestehen im Wesentlichen aus dem zwei- oder mehrtheiligen Spültisch aus verzinntem Kupfer, emaillirtem Thon oder Gusseisen mit Zuleitungen für warmes und kaltes Wasser. Derselbe muss frei auf Wand-Consolen oder auf einem Eisengestell stehen, wenn möglich auch abnehmbar sein. Ferner ist ein Geschirrschrank erforderlich, welcher zugleich auch Wärmschrank für Speisen sein kann und daher mit Wärmvorrichtungen (Heizungsrohren) versehen sein muss. Mit demselben lässt sich auch zweckmässig ein Wasserkochkessel (bain-marie) verbinden.

Für Unterbringung von Geschirr und Geräthen sind Consolbörter und Aufhängevorrichtungen, zum Anrichten der Speisen ein Anrichtetisch, zum Kühlen von Speisen und Getränken ein Eisschrank, desgleichen für Arzneien ein Schränkchen, vielleicht auch ein Vorrathsschrank, ausserdem ein Ausguss vorzusehen.

$\vartheta$) Einrichtungen zur Aufbewahrung reiner und zur Beförderung schmutziger Wäsche.

Für die reine Wäsche, von welcher in jeder Kranken-Abtheilung ein gewisser Vorrath stets zur Hand sein muss, ist am besten ein besonderer Raum vorzusehen, in welchem die Wäsche möglichst luftig auf Lattengestellen zu legen ist. Indessen begnügt man sich in den meisten Fällen mit der Aufstellung eines oder mehrerer Schränke in den Corridoren, in einem Vorraum oder im Wärterzimmer. Im Krankensaal selbst darf ein Wäscheschrank nicht stehen, noch weniger aber in der Nähe des Aufbewahrungsorts für schmutzige Wäsche.

Für letztere sollten besondere Räume nicht angelegt werden, um nicht Gelegenheit zu geben, schmutzige Wäsche in grösserer Menge und längere Zeit anzusammeln. Die Salubrität einer Kranken-Abtheilung fordert vielmehr, dass die schmutzige Wäsche möglichst schnell entfernt und nach der Waschküche oder der Desinfectionsanstalt gebracht werde. Da jedoch eine sofortige Beförderung nur selten möglich ist, so muss wenigstens für eine einstweilige Unterbringung in der Kranken-Abtheilung oder im Gebäude Sorge getragen werden. Hierzu können, wie im Krankenhaus am Urban in Berlin, eiserne, verschliessbare Kästen dienen, die in dem Abort-Vorraum aufzustellen sind. Vielfach sind Abwurfschächte in der Nähe des Krankensaals im Gebrauch, mittelst

welcher die schmutzige Wäsche nach dem Kellergeschoss in besondere Behälter, Blech- oder Drahtkästen, befördert wird. Diese Abwurfschächte müssen glatte, leicht abwaschbare Wandungen aus Glas, glasirten Steinen, oder geglättetem Cementputz mit Emailfarbenanstrich erhalten, oder aus glasirten Thonröhren hergestellt und behufs guter Lüftung bis über Dach geführt werden. Immerhin ist es nicht ausgeschlossen, dass durch solche, selbst mit grösster Sorgfalt angelegte Abwurfschlote den Krankenräumen Krankheitskeime in Staubform oder schlechte Dünste zugeführt werden, zumal eine gründliche Reinigung immer mit Schwierigkeiten verbunden sein wird.

Die infectiöse Wäsche muss von gewöhnlicher unreiner Wäsche getrennt und möglichst bald nach aussen befördert werden. In dem Krankenhaus Hamburg-Eppendorf sind hierfür im Closetvorraum Abwurfschächte in der Aussenmauer angebracht, welche in einen verschliessbaren Kasten unter Erdgeschoss münden. Dieser letztere kann durch eine Thür in der Aussenmauer entfernt werden.

Die vielfachen Uebelstände, welche mit dem Aufbewahren und Befördern der schmutzigen, namentlich aber der infectiösen Wäsche verbunden sind, werden im Allgemeinen vermieden, wenn in den Pavillons besondere Desinfectionsapparate in einem besonderen Raume vorgesehen werden, wie dies z. B. in dem Krankenhaus Moabit und anderen Anstalten geschehen ist. In dem betreffenden Desinfectionsraum befindet sich ein Kochfass, dessen Laugeninhalt durch eine Dampfrohrschlange am Boden zum Kochen gebracht wird. Das Kochen, welches eine gewisse Zeit andauern muss, wird von dem Wärterpersonal besorgt, sobald das Fass gefüllt ist. Auf diese Weise wird die schmutzige Wäsche nach Gebrauch sofort unschädlich gemacht. Auch für das Auskochen und Spülen von Bettschüsseln, Speigläsern und sonstigem Geschirr ist ein kupferner, verzinnter Kessel vorhanden, welcher durch eine Dampfschlange geheizt wird und an die Wasserleitung angeschlossen ist.

Ein solcher Desinfectionsraum ist zweckmässig durch einen lüftbaren Vorraum zugänglich zu machen und mit guten Lüftungseinrichtungen, sowie mit einem Zugang von aussen zu versehen, um die Wäsche direkt aus dem Raum ins Freie befördern zu können. Wände, Decken und Fussböden sind abwaschbar, wie im Spülraum, herzustellen. Im Fussboden muss ein Sielabfluss vorgesehen werden.

### ι) Ausgüsse, Aufbewahrung von Geräthen, Bettschüsseln.

Ausgüsse zum Entleeren von Bettschüsseln, Speigläsern u. dgl. sind, wenn ein Desinfectionsraum in der Kranken-Abtheilung vorhanden ist, in diesem zweckmässig anzubringen, während sonst der Abort-Vorraum hierfür der geeignetste Ort ist. Dieselben müssen mit Zuleitungen von Kalt- und Warmwasser versehen und in den umgebenden Wandflächen mit glasirten Steinen verkleidet werden. Als Material eignet sich für die Ausgussbecken am meisten Porzellan, emaillirtes Steingut oder auch emaillirtes Gusseisen.

Im Interesse einer guten Ordnung und Reinlichkeit muss auch für die kleineren Geräthe, Bettschüsseln, Reinigungsutensilien und Feuerlöschgeräthe ein bestimmter und passender Aufbewahrungsort gewählt werden. Dies kann in Schränken oder schrankartigen Wandnischen auf Corridoren, Vorplätzen oder im Abortraume geschehen. Die Schränke sind mit Schiebethüren, oder auch mit Glasthüren zu versehen und gut zu lüften. Grössere Geräthe, wie Tragbaren, Bettenwagen, Fahrstühle u. s. w. werden am besten, falls nicht in irgend einem Nebenraum ein geeigneter Platz vorhanden ist, ausserhalb der Kranken-Abtheilung oder des Gebäudes untergebracht, da dieselben auf Corridoren und Vorplätzen meistens sehr störend sind.

### ϰ) Aufzüge.

In mehrgeschossigen, grösseren Krankengebäuden bedarf man in der Regel eines oder mehrerer Fahrstühle zur Beförderung von Kranken, Leichen, Speisen. Dieselben können durch Wasser oder Maschinenkraft und auch mit der Hand betrieben werden.

Der Fahrstuhl für Krankenbetten oder Bahren muss eine Länge von ca. 2,50 m und eine Breite von ca. 1,50 m haben, so dass neben dem Bett noch 1 oder 2 Wärter stehen können. Fahrstuhlschächte sind am Corridor möglichst in der Nähe des Eingangs oder des Operationsraumes, falls sich letzterer in einem oberen Geschoss befindet, anzuordnen und ausreichend zu beleuchten und zu lüften, auch durch selbstthätige Sicherheitsthüren abzuschliessen. Der Fahrkorb wird zweckmässig aus Eisenblech hergestellt und mit Emailfarbenanstrich versehen, um leicht und gründlich gereinigt werden zu können.

## f) Der Operationsraum.

Nächst dem Krankensaal ist der wichtigste Raum eines Krankenhauses der Operationsraum, der in grösseren und mittleren Anstalten einen nothwendigen und selbständigen Bestandtheil derselben bildet, in kleineren Anstalten aber auch mit einem anderen geeigneten Raum (Zimmer des Arztes) verbunden werden kann.

Für grössere Hospitäler werden in der Regel mehrere Operationsräume mit einer Anzahl von Nebenräumen erforderlich und zwar für verschiedene chirurgische Krankheiten. Wo dies der Mittel wegen nicht angängig ist, sind wenigstens zwei Operationssäle für septische und aseptische Kranke anzulegen, während ausserdem noch in der Diphtherie-Abtheilung ein weiteres Operationszimmer für plötzlich vorzunehmende Operationen vorgesehen werden sollte.

Je nach der Grösse und dem Bausystem eines Hospitals kann es empfehlenswerth erscheinen, ein besonderes Operationshaus zu errichten, das möglichst im Mittelpunkt der chirurgischen Abtheilung liegen muss und mit Rücksicht auf einen geschützten Transport der Kranken von und nach den chirurgischen Pavillons mit diesen letzteren durch geschlossene Gänge verbunden werden kann. (Vgl. den Grundriss der

chirurgischen Abtheilung im städtischen Krankenhaus zu Frankfurt a. M., Fig. 25.)

Wie solche chirurgische Abtheilungen selbständige Theile eines Hospitals bilden, so können dieselben überhaupt auch als selbständige chirurgische Krankenanstalten angelegt werden. Hierbei sind alle Theile nach denselben Grundsätzen auszubilden, wie bei den allgemeinen Krankenhäusern.

Fig. 25.

a. Krankensaal.
b. Tageraum.
c. Waschraum.
d. Wärterin.
e. Reinigungsraum.
f. Bad.
g. Vorraum.
h. Einzelzimmer.
i. Theeküche.
k. Utensilienraum.
l. Verbandstoffe.
m. Sterilisationsraum.
n. Kl. Operations-Z.
o. Gr. " "
p. Chloroformraum.
q. Zimmer d. Arztes.
r. Aufzug.

Chirurgische Abtheilung im städtischen Krankenhaus zu Frankfurt a. M.

Für die Anlage und Fertigstellung des Operationssaales im Besonderen sind folgende Gesichtspunkte zu beachten.

Mit Rücksicht auf den oft schwierigen und gefährlichen Transport der Kranken ist die Lage des Operationssaales im Erdgeschoss derjenigen in einem Obergeschoss vorzuziehen. Die Fenster müssen möglichst nach Norden gerichtet sein, um Blendlicht zu vermeiden. Im Uebrigen soll das Licht ausgiebig und gleichmässig sein. Die Fenster sind daher möglichst breit und hoch zu gestalten, wobei die Brüstung die gewöhnliche Höhe von 0,8—1,0 m erhalten, oder ganz fortfallen kann. Für manche Operationen ist auch Deckenlicht erforderlich, weshalb die Ope-

rationssäle meistens polygonale oder halbkreisförmige, vor der Gebäudefront mehr oder weniger vorspringende Ausbauten erhalten, die mit doppeltem Glasdach versehen werden.

Alle Anforderungen der Gesundheits- und Krankenpflege, die hinsichtlich der baulichen Ausgestaltung an einen Krankensaal zu stellen sind, müssen hier in erhöhtem Maass erfüllt werden. Fussboden, Decke und Wände bedürfen sehr häufig der Abspülung mit Wasser und antiseptischen Lösungen, überhaupt einer gründlichen Reinigung und Desinfection. Für den Fussboden, welcher am meisten Widerstandsfähigkeit gegen Säure und Verunreinigungen durch Blut und Eiterflecken besitzen muss, eignet sich besonders ein dichter Terrazzo (Granito) oder Fliesenbelag, während die Wände mindestens einen sorgfältig geglätteten Cementputz mit Oel- oder Emailfarbenanstrich, besser aber eine Verblendung von glasirten Steinen oder Kacheln, oder auch von Stuck erhalten. Auch die Decke muss möglichst in derselben Weise wie die Wände hergestellt werden. Scharfe Ecken und Kanten, Vorsprünge, Gesimse und dergleichen sind, wie in dem Krankensaal, sorgfältig zu vermeiden. In den Thüren, welche möglichst glatt aus Holz oder Eisen in genügender Breite (mindestens 1,50 m) herzustellen sind, dürfen keine Schwellen angebracht werden, weil diese für das Durchrollen von Betten und die Reinhaltung des Fussbodens hinderlich sind.

Die im Fussboden anzubringenden, nothwendigen Sielabflüsse erhalten Syphon-Verschlüsse und zweckmässig auch besondere Desinfectionsvorrichtungen.

Da die Vermeidung von Staub im Operationssaal eine wichtige Rolle spielt, so wird oft auf eine besondere Luftzuführung durch Wandkanäle u. dgl., wenigstens während der Operation, verzichtet. Die frische Luft führt stets etwas Staub, wenn auch in noch so geringen Mengen, mit sich, oder verursacht eine Bewegung des Staubes im Saal. Es sollten aus diesem Grund, wenn irgend thunlich, auch Vorrichtungen zum Zerstäuben keimfreien Wassers, sowie von Wasser und Carboldampf u. s. w. getroffen werden, wodurch Staub und sonstige für Operationen gefährliche Beimengungen der Luft vollständig niedergeschlagen werden.

Die Lüftung des Operationssaales, welche jederzeit ausgiebig und sicher functioniren muss, erfordert reichliche Abzugsvorrichtungen für schlechte Luft, d. h. Wandkanäle, Decken-Fenster oder Klappen, Fenster- und Klappflügel, Jalousieen.

Zur Erwärmung des Operationssaales eignet sich besonders die Fussbodenheizung, welche aber meistens noch einer Unterstützung durch Heizkörper im Raume selbst, namentlich in den Fensterbrüstungen bedarf, um die Lufttemperatur auf 30° C. zu bringen, wie sie im Operationssaal erforderlich ist. Mit Rücksicht auf die häufigen Spülungen der Wände, sowie auf das unvermeidliche Absetzen von Staub auf den Heizkörpern werden die letzteren in der Regel dicht mit Marmor- oder Milchglasplatten, besser jedoch mit emaillirtem oder mit Emailfarbe gestrichenem Eisenblech verkleidet.

In jedem Operationssaal sind Waschbecken für kaltes und warmes Wasser anzubringen. Dieselben müssen ohne Verkleidung und in allen Theilen leicht zugänglich sein, um Reinigungen leicht ausführen zu können. Für die Waschtischplatten eignet sich am besten Rohglas, Milchglas, Porzellan, Schiefer, Materialien, welche auch für Wandborte und andere Einrichtungsgegenstände des Operationssaales passende Verwendung finden.

Für die künstliche Beleuchtung sollte, wenn irgend thunlich, nur elektrisches Licht gewählt werden, da Gaslicht bei Chloroform-Narkosen gefährlich werden kann und daher stets nur mit Abzugsvorrichtungen für die Verbrennungsgase einzurichten ist. Bei elektrischer Beleuchtung verwendet man am besten Glühlichtlampen, von denen mehrere Bündel an der Decke angebracht werden können. Diese erhalten Reflectionsschirme, um das Licht auf das Operationsfeld zu werfen. Durch Vorrichtungen zum Anschluss an die elektrischen Leitungen lassen sich ferner leicht tragbare, elektrische Lampen herstellen oder kleine Motoren, Elektrisirtische in Betrieb setzen.

### g) Die Nebenräume des Operationssaales.

Der Operationssaal bedarf in den meisten Fällen noch verschiedener Nebenräume, deren Zahl und Grösse von dem jeweiligen Bedürfniss abhängig ist.

Wenn ein besonderer Apparaten-Raum mit Glasschränken für Instrumente, Bandagen und Verbandstoffe vorgesehen wird, so muss dieser in unmittelbarer Verbindung mit dem Operationssaal stehen. In demselben können auch die Sterilisirungs-Apparate untergebracht werden, welche sich sonst im Operationssaal selbst oder in nächster Nähe desselben befinden müssen.

Auch für Vorbereitungen zur Operation und für Chloroformirungen wird öfters ein besonderes Zimmer vorgesehen, das sich ebenfalls unmittelbar an den Operationssaal anschliessen muss.

Bei Anlage eines Wartezimmers zum Entkleiden und Waschen des Kranken ist darauf zu achten, dass von dem Operationssaal kein Schall in dasselbe dringen kann.

Je nach der Grösse eines Krankenhauses und den örtlichen Anforforderungen treten als weitere Nebenräume zu den genannten noch Wärterzimmer, Ruheräume, Zimmer für Verbandstoffe, für Aerzte u. s. w.

Die Gesammtanordnung dieser Räume muss derart sein, dass sich die Wege der Operirten und der zu Operirenden nicht kreuzen, und besonders der Transport derselben leicht von Statten gehen kann. Für letzteren Zweck müssen auch Treppen möglichst vermieden oder durch Rampen ersetzt werden.

### 5. Kranken-Räume und Gebäude für besondere Zwecke.

Für manche Arten von Kranken müssen bei der Errichtung eines allgemeinen Krankenhauses besondere Einrichtungen getroffen werden. Es sind dies

1. zahlende Kranke (sog. Kostgänger),
2. besondere oder abzusondernde, infectiöse Kranke, d. h. gynäkologisch Kranke, Irre, Tobsüchtige, Nerven-, Scharlach-, Diphtheritis-, Krätze-, Syphilis-, Typhus-Kranke, Tuberculöse u. s. w.
3. zu beobachtende zweifelhafte Kranke.

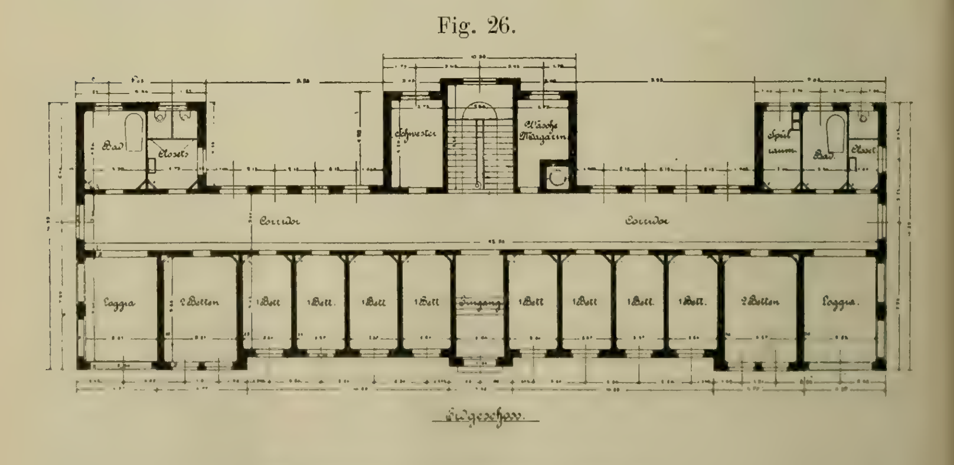
Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass diese Krankengruppen von den allgemeinen Kranken abzusondern seien, und zwar die erste Gruppe aus wirthschaftlichen und gesellschaftlichen Rücksichten, die anderen Gruppen aus gesundheitlichen Gründen.

Da den zahlenden Kranken nicht nur besondere Räume zugewiesen, sondern auch bequemere Unterkunftsverhältnisse geboten, oder auch besondere Wärter zuertheilt werden müssen, so liegt es im Interesse einer guten Oeconomie und einer einheitlichen Verpflegung, diese Kranken möglichst zu einer Gruppe zu vereinigen oder in einem besonderen Gebäude unterzubringen.

Diese Frage ist namentlich bei grösseren Krankenhäusern von Bedeutung. In dem Krankenhaus zu Offenbach a. M. ist beispielsweise den Kostgängern der Mittelflügel des ersten Stockes zugewiesen.

Da für diese Kranken fast nur Zimmer für 1 oder 2 Betten erforderlich sind, so kann bei der Errichtung eines besonderen Gebäudes nur das Corridorsystem in Frage kommen. Als ein Beispiel dieser Art zeigt Fig. 26 den Grundriss des neuen Kostgängerpavillons im alten allgemeinen Krankenhaus zu Hamburg.

Fig. 26.



Kostgängerpavillon im alten allgemeinen Krankenhaus zu Hamburg.

Wenn auch die bauliche Ausstattung der Kostgängerzimmer im Allgemeinen dieselbe sein soll, wie in sonstigen Krankenzimmern, so muss doch hinsichtlich der Decoration und des Comforts den berechtigten Forderungen der zahlenden Kranken nach Maassgabe ihrer Gewohnheiten und Zahlung Rechnung getragen werden.

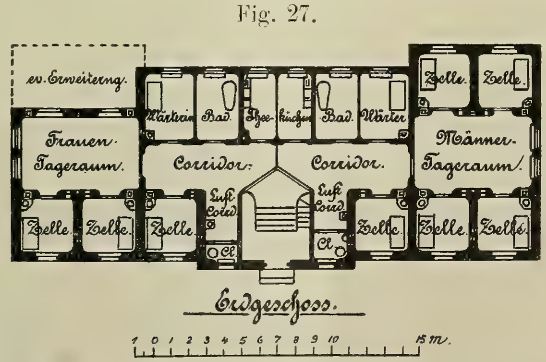
Ansteckende, zahlende Kranke müssen unbedingt auf die besondere, für infectiöse Kranke vorzusehende Abtheilung verwiesen werden.

Bei den allgemeinen Kranken-Abtheilungen sind ferner die Irren, Deliranten und Tobsüchtigen auszuscheiden, weil sie die Ruhe der übrigen Kranken stören würden, desgleichen die Wöchnerinnen und Schwangeren, welche selbst durch eine Berührung mit anderen Kranken gefährdet würden.

Die für die Irren bestimmten, besonderen Räume sind derart anzuordnen, dass eine Belästigung der allgemeinen Kranken durch Lärm vollständig ausgeschlossen ist. Sehr oft sind die Tobzellen nach dem Unter- oder Kellergeschoss verlegt worden. Hiergegen sind nur dann keine Einwendungen zu erheben, wenn diese Räume den Anforderungen der Kranken- und Gesundheitspflege entsprechen.

Anderenfalls wird in Anbetracht dessen, dass die Unterbringung der Irrenzellen in demselben Geschoss mit anderen Krankenräumen zusammen, ohne letztere zu belästigen, Schwierigkeiten machen wird, ein besonderer Anbau oder ein selbständiges Gebäude als Irrenabtheilung errichtet werden müssen. Letztere Anordnung ist oft schon für eine geringe Zahl von Irren getroffen worden, so z. B. in der Herzogl. Krankenanstalt zu Braunschweig (Fig. 27).

Fig. 27.




Delirantenhaus der Herzoglichen Krankenanstalt zu Braunschweig.

In dem neuen städtischen Krankenhaus zu Bielefeld sind die Irrenzellen nach Fig. 28 in dem Pavillon für Krätze- und Syphiliskranke untergebracht und zwar in kleinen Flügelbauten, wo die Zellen gut abgesondert, und im Uebrigen nicht solche Kranke in der Nähe sind, denen ein etwaiger, vernehmbarer Lärm unangenehm oder gar gefährlich werden könnte.

Für die bauliche Einrichtung der Zellen selbst sind neben den be-

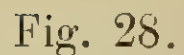
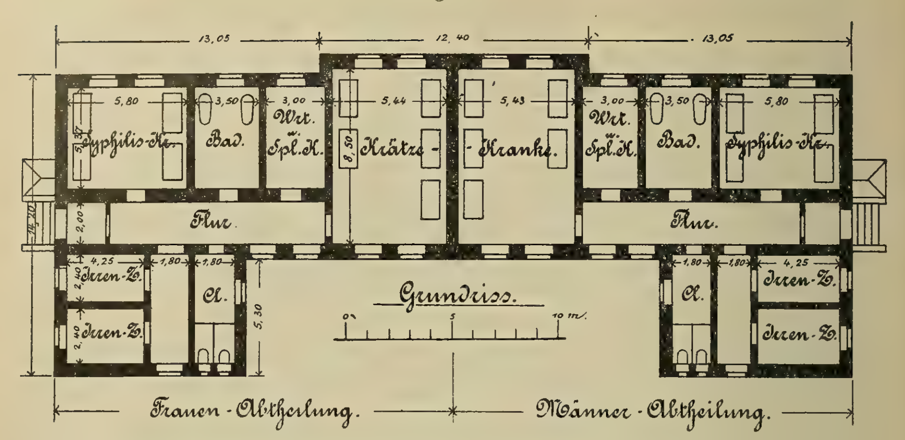


Fig. 28.

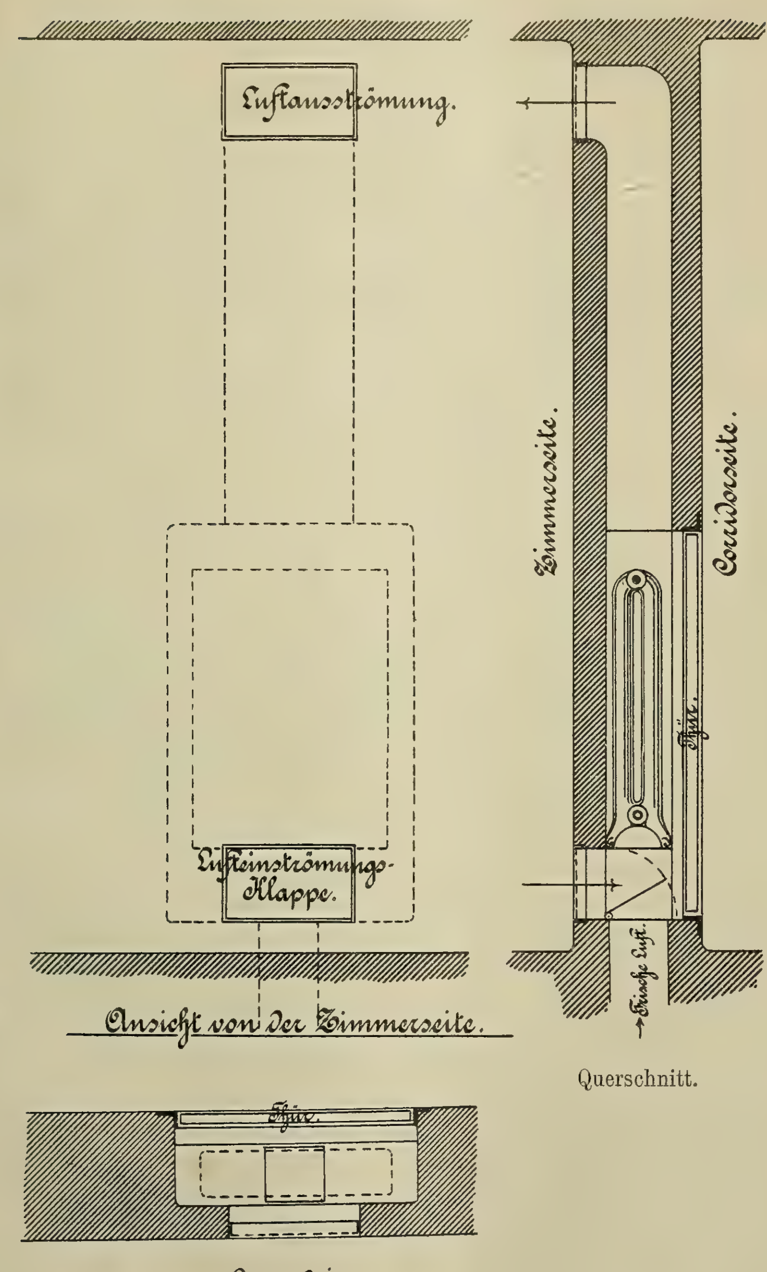



Pavillon für Kranke mit Krätze und Syphilis im neuen städtischen Krankenhaus zu Bielefeld.

reits erörterten Grundsätzen für die Ausgestaltung der Krankenzimmer die besonderen Forderungen der Irrenanstalts-Hygiene zu befolgen; doch ist im Auge zu behalten, dass es sich immer nur um eine vorübergehende Unterkunft von Irrsinnigen, Deliranten u. s. w. handelt. Als wesentliche Gesichtspunkte sind zu beachten, dass den Irren nirgends ein Angriffspunkt oder eine Gelegenheit für eine Demolirung geboten, auch eine Selbstbeschädigung möglichst verhütet werde. Wände und Fussboden sind daher fest und glatt herzustellen, Kanten möglichst zu vermeiden, die Fenster hoch und ebenso wie die glatten, gut (event. mit Eisenblech) zu sichernden Thüren bündig mit der inneren Wandfläche zu legen. Heizkörper dürfen nicht frei in den Zellen aufgestellt werden, sondern sind hinter Schutzwänden anzuordnen. (Vgl. als Beispiel Fig. 29—31.) Die künstliche Beleuchtung erfolgt meistens entweder durch eine Gasflamme in einer mit Rohglas verglasten Wandnische über der Thür, oder durch eine elektrische Deckenlampe. Es ist für eine ausgiebige Lüftung Sorge zu tragen.

Sollen in einem allgemeinen Krankenhaus auch Zimmer für Wöchnerinnen vorgesehen werden, so sind dieselben nicht etwa mit der allgemeinen Abtheilung für Frauen zu verbinden, sondern gesondert für sich zu legen. Obwohl es sich in sanitärer Hinsicht immer empfehlen würde, für solche Zwecke eine besondere Abtheilung mit eigenen Nebenräumen und Wärterinnen zu bilden, so wird man sich doch aus oeconomischen Gründen nur bei einer gewissen Grösse dieser Abtheilung zu einer solchen Maassnahme entschliessen, vielleicht auch ein besonderes Gebäude für Wöchnerinnen errichten. Bei einem Auftreten von Kindbettfieber muss eine sofortige Absonderung solcher Kranken von den übrigen Wöchnerinnen auch in Bezug auf das Wärterpersonal stattfinden. Auch kann eine etwa nothwendige Desinfection der Räume die voll-

Figg. 29—31.




Schema eines Wandheizkörpers für einen Irren-Isolirraum.

ständige Verlegung der Abtheilung erforderlich machen. Aus diesen Gründen und da im Uebrigen die Zimmer für Wöchnerinnen zeitweise

einer gründlichen Reinigung bedürfen, empfiehlt es sich, diese Kranken auf eine Anzahl Zimmer von 1—4 Betten möglichst zu vertheilen, wodurch eine leichtere Evacuirung ermöglicht und die Gefahr einer Ansteckung bei Kindbettfieber eingeschränkt wird.

Der Flächen- und Luftraum für ein Bett sollte reichlich und nicht unter 10—12 qm bezw. 45—55 cbm bemessen werden. Die Lüftungseinrichtungen müssen sehr wirksam sein und mindestens eine 2—3-malige Lufterneuerung in der Stunde sicher stellen.

In den neueren allgemeinen Krankenhäusern Deutschlands wird ferner fast stets Vorsorge zur Aufnahme von Infectionskranken getroffen, über deren Isolirung bereits das Nöthige gesagt ist.

Für selbständige Isolirgebäude empfiehlt sich am meisten die eingeschossige Bauweise; doch sind auch gegen zweigeschossige Gebäude Bedenken nicht zu erheben, falls eine Luftgemeinschaft des unteren Geschosses mit dem oberen sicher ausgeschlossen ist. Hierfür sind dichte, massive Decken und getrennte Zugänge für beide Geschosse unerlässliche Bedingung.

Sind in einem Isolirgebäude einzelne Abtheilungen für verschiedene ansteckende Krankheiten herzustellen, so müssen auch für jede Abtheilung getrennte Zugänge vorgesehen werden.

Mit Rücksicht darauf, dass die Zahl und Art der ansteckenden Kranken oft einem grossen Wechsel unterworfen ist, hat man häufig die Einzel-Abtheilungen so angeordnet, dass eine Vereinigung zweier oder mehrerer Abtheilungen zu einer einzigen ermöglicht ist. Diese Anordnung bietet zwar grosse praktische Vortheile, jedoch bedingen die hiermit leicht verbundenen Unzuträglichkeiten und Gefahren für die Kranken eine gewissenhafte Ueberwachung der Isolirungseinrichtungen seitens der Aerzte.

Dass jede Isolir-Abtheilung mit eigenen Nebenräumen versehen sein muss, ist eine unbedingt zu erfüllende hygienische Forderung. Das Wärterpersonal sollte ebenfalls streng isolirt bleiben und Speisen u. dgl. von aussen nur unter besonderen Vorsichtsmaassregeln entgegennehmen.

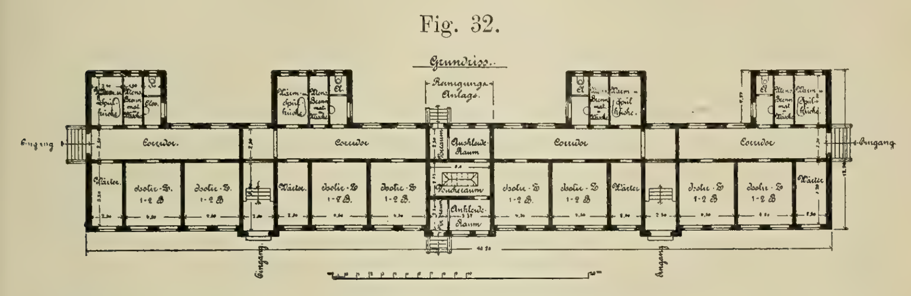
Die Anordnung der Isolir-Räume und Gebäude ist sehr verschieden je nach der Grösse der Abtheilung, der Art der Kranken und dem hiermit zusammenhängenden Grad der Isolirung, nicht minder auch nach den zur Verfügung stehenden Bau- und Betriebskosten.

In dem Krankenhaus zu Neumünster befinden sich z. B. einige Isolirzimmer in einem eingeschossigen Bau, der mit dem Hauptgebäude durch einen geschlossenen Gang in Verbindung steht, aber gegebenenfalls nur von aussen zugänglich gemacht werden kann.

Eine weitgehendere Isolirung ist angestrebt in dem Isolirpavillon des preisgekrönten Entwurfs für ein neues städtisches Krankenhaus zu Troppau (Fig. 32), wo alle Abtheilungen einen besonderen Zugang von aussen erhalten haben und die Krankenzimmer derselben nicht unmittelbar neben einander angeordnet, sondern durch die Zugänge und Wärterräume auf gewisse Entfernungen getrennt sind. Von besonderem hygie-

nischem Werth ist hier auch die isolirte Desinfectionsanlage, welche von dem Wärterpersonal bei dem Verlassen der Isolirabtheilung zu passiren ist.

Fig. 32.



Projectirter Pavillon für Infectionskranke im Landeskrankenhaus zu Troppau.

Am besten ist die Isolirung jeder besonderen Art von infectiösen Kranken in selbständigen Gebäuden; doch lässt sich dies nur in grossen Krankenhäusern durchführen. So ist z. B. in dem Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus eine grössere Zahl von Isolirpavillons errichtet, welche je zur Aufnahme einer besonderen Gattung von Infectionskranken bestimmt sind.

Da ansteckende Kranke mehr Pflege und Wartung erfordern, als allgemeine Kranke, im Uebrigen aber auch die Vereinigung einer grösseren Zahl solcher Kranken in einem Raume ungünstige sanitäre Verhältnisse für dieselben herbeiführt, so empfiehlt es sich, die Collectivsäle im Allgemeinen nicht grösser, als für 10—12 Kranke zu machen, vielmehr eine grössere Zahl kleinerer Krankenzimmer zu schaffen, um dem Ideal der Einzelverpflegung möglichst nahe zu kommen.

Die bauliche Ausstattung der Isolirräume erfordert eine erhöhte Sorgfalt. Alle an Krankenräume im Allgemeinen zu stellenden Anforderungen der Gesundheits- und Krankenpflege müssen hier in weitgehendstem Maass erfüllt werden, namentlich sind alle Bautheile so herzustellen, dass ein leichtes und gründliches Desinficiren und Abwaschen möglich ist.

Der Flächen- und Luftraum für ein Bett soll für Infectionskranke grösser bemessen werden, als für allgemeine Kranke und thunlichst nicht unter 10—12 qm bezw. 45—60 cbm betragen. Ebenso muss der Lüftungseffect gesteigert und je nach der Art der Krankheit auf 120 bis 150 cbm pro Bett und Stunde bemessen werden.

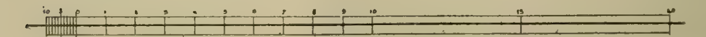
Bei den Nebenräumen, für welche sowohl aus sanitären, als auch aus öconomischen Rücksichten vielfach eine möglichste Beschränkung verlangt wird, hat sich ein besonderer Desinfectionsraum für schmutzige Wäsche, wie er bereits oben erwähnt ist, als sehr zweckmässig erwiesen. Dieser sollte daher wenigstens in grösseren Isolirgebäuden nicht fehlen.

In der Diphtherie-Abtheilung ist ein besonderes Operationszimmer vorzusehen, falls diese Abtheilung in einem besonderen Gebäude untergebracht, und ein anderes Operationszimmer nicht in der Nähe ist.

Sollen Kranke isolirt werden, deren Krankheit noch nicht erkannt, sondern erst durch weitere Beobachtung festzustellen ist, so sind dieselben möglichst in gut isolirten Einzelzimmern unterzubringen, um sie selbst, wie andere Kranke vor einer etwaigen gegenseitigen Ansteckung zu schützen.

Der in Fig. 33 dargestellte neue Beobachtungspavillon des alten allgemeinen Krankenhauses in Hamburg gestattet die Bildung von 4 isolirten Abtheilungen, die mit besonderen Zugängen von aussen versehen sind und sich sowohl zur Unterbringung bestimmter infectiöser, als auch zu beobachtender zweifelhafter Kranken eignen. Gleichzeitig lässt die Anlage eine Vereinigung mehrerer, oder aller Abtheilungen zu einer einzigen zu.

Fig. 33.




Isolir- und Beobachtungs-Pavillon im alten allgemeinen Krankenhaus zu Hamburg.

Die Aufnahme von Infectionskranken in allgemeinen Krankenhäusern giebt zwar keine Veranlassung zu besonderen Bedenken, vorausgesetzt, dass hierbei die erforderlichen Vorsichtsmaassregeln nicht ausser Acht gelassen werden, doch ist die Errichtung von Sonder-Krankenanstalten für ansteckende Kranke, wie sie sich in England findet, von grösserem hygienischen Werth, weil nicht nur die allgemeinen Kranken dadurch

sicherer vor Ansteckung geschützt werden, sondern auch in solchen Special-Krankenhäusern (für Diphtherie, Scharlach, Masern, Pocken, Cholera, Tuberculose u. s. w.) den Forderungen einer den einzelnen Krankheiten entsprechenden Behandlung und Pflege im Allgemeinen besser entsprochen werden kann.

## 6. Die Räume für die Verwaltung und den wirthschaftlichen Betrieb des Krankenhauses.

. In kleineren Krankenhäusern werden in der Regel die für die Verwaltung erforderlichen Räume wegen der geringen Zahl mit den Krankenräumen unter einem Dach vereinigt. Es genügt hier oft nur ein Zimmer für den Arzt, das gleichzeitig das Aufnahmezimmer bildet, und die Wohnung des Hausverwalters. Zu diesen Räumen können ferner je nach der Grösse der Anstalt hinzutreten besondere Bureauzimmer für die Aufnahme und Verwaltung, ein Portierzimmer, Wartezimmer, Untersuchungszimmer, Räume für Apotheke und Laboratorien, Wohnräume für Aerzte, Beamte und Wärterpersonal, Speisezimmer für Aerzte und Wärter, Bibliothek und Lesezimmer, ein Sitzungszimmer, ein Betsaal, eine Poliklinik u. s. w., ausserdem die erforderlichen Nebenräume für Bäder (Aufnahmebad), Closets, Utensilien, Wäsche, Patientenkleider, Betten, Matratzen und sonstige Vorräthe.

Bei mittleren und grösseren Krankenhäusern wird hiernach die Anordnung der Verwaltungsräume in besonderen (mittleren) Gebäudeflügeln, besser noch in selbständigen und central gelegenen Gebäuden erforderlich.

Die Verwaltungsräume sollen am Eingang des Krankenhauses oder Krankenhausgrundstücks liegen, von wo aus die Verbindung mit den Krankenräumen bequem und möglichst direct gestaltet werden muss. Der Eingang, welcher jederzeit einer Ueberwachung bedarf, muss den ankommenden Kranken eine geschützte, event. geschlossene Unterfahrt, Durchfahrt oder Eingangshalle bieten, um zugfrei zu den Aufnahmeräumen gelangen zu können. Letztere sind mit dem Wartezimmer und auch mit einem Aufnahmebad dem Eingang zunächst anzuordnen. An den Aufnahmeraum schliessen sich dann zweckmässig die eigentlichen Verwaltungsräume an. Eine etwa vorzusehende Poliklinik ist so anzulegen, dass die ambulanten Kranken möglichst direct zu derselben gelangen können, ohne mit den übrigen Insassen des Gebäudes in Berührung zu kommen.

Wohnungen für Aerzte und Wärterpersonal (Schwestern) müssen mit eigenen Nebenräumen (Closets und Badezimmern) versehen und in räumlich gesonderten Gruppen angeordnet werden.

Da in einem Krankenhaus ein mehr oder weniger grosser Bedarf für Magazinräume der verschiedensten Art vorhanden ist, so können hierzu am zweckmässigsten die Keller- und Bodenräume des Verwaltungsgebäudes verwendet werden.

Der wirthschaftliche Betrieb eines Krankengebäudes erfordert die Anlage einer Koch- und Waschküche, und mit einem Kessel- und Maschinenhaus, ferner eine Desinfectionseinrichtung, sowie je nach den besonderen Verhältnissen einen Verbrennungsofen, ein Eishaus, Remisen und Stallungen.

Die zu der Kochküche gehörigen Nebenräume bestehen gewöhnlich aus der Spülküche, dem Gemüseputzraum, dem Anrichte- und Ausgaberaum, den Vorrathsräumen, den Speiseräumen für das Personal und Mädchenzimmern. Die Zahl und die Grössenverhältnisse dieser Räume richten sich natürlich nach dem Umfang der Krankenanstalt, nach der Art des Betriebs (Dampf-Kochküche oder Localfeuerung) u. a.

Die Küchenräume müssen im Interesse einer möglichsten Sauberhaltung gut beleuchtet, ausserdem mit kräftigen Lüftungeinrichtungen (auch mit Frischluft-Zuführung) versehen sein. Decken und Fussböden sind gegen die Einwirkungen des Dampfes und der feuchten Niederschläge massiv herzustellen, die Wände mit Cement zu putzen oder mit glasirten Steinen zu verblenden. Der Fussboden erhält behufs leichter und gründlicher Spülung directen Anschluss an das Siel mittelst Ablaufrost.

Für eine gute Lüftung der Kochküche ist eine reichliche Höhe vortheilhaft.

Die zur Aufbewahrung von Speisen dienenden Räume müssen kühl und nach Norden gelegen sein.

Die Waschküche sollte in allen Fällen sowohl von der Kochküche, als auch von allen anderen Räumen streng abgesondert, also in einem eigenen Gebäude, oder mit der Desinfection, dem Kesselhaus oder einem Stallgebäude zusammen untergebracht werden.

Während man sich in kleinen Krankengebäuden oft auf einen Raum beschränkt, steigert sich der Raumbedarf und die Grösse der Räume je nach dem Umfang des Krankenhauses, so dass beispielsweise in grossen Anstalten etwa die folgenden Räume erforderlich sind: ein Raum zum Abliefern und Aussuchen der schmutzigen Wäsche, die eigentliche Waschküche, ein Trockenraum oder Trockenboden mit Trockenmaschinen, ein Mangel- und Bügelraum, eine Flickstube, ein Wäschemagazin, ein Wäsche-Ausgaberaum, Wohnung für die Oberwäscherin und Schlaf- und Speisezimmer für das Personal.

Die eigentlichen Waschküchenräume müssen derart hergestellt werden, dass die Wäsche bei ihrer Reinigung einen ununterbrochenen Gang zu machen hat, und die gereinigte Wäsche mit der schmutzigen nirgends wieder in Berührung kommt. Ferner dürfen diese Räume ebenso, wie diejenigen der Kochküche von vornherein nicht zu beengt angelegt werden, namentlich wenn eine spätere Erweiterung des Krankenhauses nicht ausgeschlossen ist, da die mehr oder weniger geschlossene Anordnung derselben eine Vergrösserung der Räume schwierig macht, ausserdem aber der Betrieb durch eine gewisse Weiträumigkeit erleichtert wird.

Der Waschraum muss hell und mit guten Lüftungseinrichtungen

versehen sein, daher eine reichliche Höhe und grosse, bis nahe zur Decke gehende Fenster mit Lüftungsflügeln erhalten. Zur Abführung der Waschdünste und der schlechten Luft sind Lüftungsschlote, Ventilatoren, sowie Zuführung frischer, vorgewärmter Luft erforderlich.

Die Wände und die Decke der Waschküche sind möglichst mit glasirten Steinen zu verblenden, wenigstens aber mit Cement zu putzen. Der Fussboden erhält am besten einen Belag von geriffelten (Mettlacher) Platten und für den unmittelbaren Ablauf der Flüssigkeiten schmale, mit Gittern bedeckte Rinnen und Einlaufroste zum Siel.

Inficirte Wäsche darf in der allgemeinen Waschküche nur nach vorangegangener Desinfection gereinigt werden. Zu diesem Zweck muss in jedem Krankenhaus eine Desinfectionseinrichtung vorhanden sein, welche bei kleinen Anstalten aus einem Desinfectionsapparat bestehen kann, der zwischen zwei vollständig getrennten Räumen des Kellergeschosses — einem für die unreine und einem für die desinficirte Wäsche — eingebaut ist.

Bei mittleren und grösseren Krankenhäusern müssen vollständig isolirte Anbauten an der Waschküche oder besser noch selbständige Desinfectionsgebäude errichtet werden.

Das Princip dieser Bauanlage ist stets dasselbe und beruht auf der Herstellung zweier vollständig getrennter Abtheilungen für unreine und reine Sachen. Die für die Desinficirung dienenden Dampf-Apparate und Kochgefässe werden so in die trennende, massive Wand eingebaut, dass sie je zur Hälfte in der reinen und unreinen Abtheilung stehen, also gewissermassen die Schleusen bilden, welche die zu desinficirenden Sachen zu durchlaufen haben, indem diese letzteren auf der unreinen Seite eingebracht und auf der reinen Seite, nach erfolgter Desinfection durch Dampf oder Kochen, wieder entnommen werden.

Um Matratzen und Möbel, sowie auch ganze Betten desinficiren zu können, müssen die Apparate mindestens 1 qm Querschnitt und eine Länge von 2 m haben. Der desinficirende, strömende Wasserdampf muss eine Temperatur von 100—120° C. besitzen und von Feuchtigkeit vollständig gesättigt sein.

Vor dem Kochen der Wäsche ist in der Regel ein Einweichen derselben in kalter Seifenlauge erforderlich, da sonst die mit Blut und Eiter beschmutzte Wäsche fleckig wird. Zur Desinficirung solcher Sachen, welche durch Dampfdesinfection oder Kochen verderben würden, wie Ledersachen und Pelze, kommen noch Chemicalien zur Anwendung.

Die Nebenräume der Desinfectionslage sind je nach dem vorliegenden Bedürfniss vorzusehen und zu bemessen. Erforderlich ist in allen Fällen ein Reinigungs- oder Baderaum für den Desinfector auf der unreinen Seite, bei grösseren Anlagen auch ein besonderer Closetraum, sowie ein An- und Auskleideraum. Ausserdem werden oft noch mit der Desinfectionsanlage besondere Lagerräume für reine und unreine Sachen verbunden.

Die Desinfectionsräume müssen massiv und ähnlich wie die Wasch-

küche hergestellt werden, sodass sie in allen Theilen gründlich gespült und auch mit desinficirenden Flüssigkeiten abgewaschen werden können. Die Lüftungsvorrichtungen sollen reichlich und jederzeit sehr wirksam sein.

Für die Vernichtung von Gegenständen (verbrauchten Verbandstoffen, alten, unbrauchbaren Matratzen) empfiehlt es sich, einen besonderen Verbrennungsofen in einem eigenen Raum aufzustellen, welcher an die Desinfectionsanstalt angeschlossen werden kann, jedenfalls aber von anderen Räumen vollständig isolirt sein muss.

Da in jedem Krankenhaus ein regelmässiger Bedarf an Eis vorhanden ist, der durchschnittlich auf $^1/_{10}$ cbm pro Jahr und Kranken anzunehmen ist, so sind auch, falls nicht etwa das Eis von ständigen Lieferanten bezogen werden kann, besondere Räume zum Aufbewahren etwa eines Jahresbedarfs vorzusehen. Hierzu eignen sich im Allgemeinen nicht Kellerräume in Krankengebäuden selbst, sondern besondere Eishäuser, die in verschiedenartigster Weise erbaut werden können. Anstatt der früher üblichen, unterirdischen Anlagen werden zur Zeit meistens oberirdische Gebäude mit doppelten, massiven oder Fachwerks- oder Holz-Wänden und ebensolchen Decken hergestellt, deren Hohlräume durch Isolirmaterialien ausgefüllt werden.

Der Zugang zum Eishaus erfolgt am zweckmässigsten von der Decke aus, oder im oberen Theil der Wände. Der Fussboden muss mittelst eines Wassergeruchverschlusses an das Siel angeschlossen sein, um das Schmelzwasser abzuführen.

Mit dem eigentlichen Eisraum werden auch öfters Kühlräume für Fleisch und sonstige Lebensmittel verbunden.

Das Eishaus wird zweckmässig durch Umpflanzung von Buschwerk vor der Einwirkung der Sonnenstrahlen geschützt.

## 7. Das Leichenhaus.

Für die Unterbringung von Todten genügt bei einem kleinen Krankenhaus eine kleine Todtenkammer, die neben dem Waschhaus, aber vollständig isolirt und nur von aussen zugänglich angeordnet werden kann. Je nach der Grösse und den besonderen Zwecken einer Krankenanstalt wird mit dem Leichenraum noch eine kleinere oder grössere Zahl anderer Räume verbunden, z. B. ein besonderer Einkleide- und Aufbahrungsraum, ein Secirzimmer, Laboratorium für mikroskopische, chemische, bacteriologische und sonstige Untersuchungen, Ställe für Versuchsthiere, ein Kapellenraum, noch mit Nebenräumen, u. s. w. In solchen Fällen, wo noch andere Räume zu dem Leichenraum hinzukommen, ist es zweckmässig, ein besonderes Leichenhaus zu errichten.

Der Leichen-Aufbewahrungsraum soll kühl sein, daher möglichst nach Norden und in einem Kellergeschoss liegen, aber auch heizbar sein. Wände, Decken und Fussboden sind massiv und abwaschbar herzustellen. Behufs gründlicher Spülung durch einen Spritzschlauch muss in dem

Raum Wasserleitung vorhanden, und der Fussboden mit Sielabfluss versehen sein.

Eine ähnliche, aber entsprechend angemessene Ausbildung ist dem Secirraum zu geben, der mit dem Leichenraum in directer Verbindung (durch Aufzug) stehen muss. In dem Secirraum ist für eine gute und reichliche Beleuchtung durch Nord-, oder auch durch Deckenlicht, sowie für eine kräftige Lüftung zu sorgen. Der im Fussboden anzulegende Ablaufrost wird zweckmässig so eingerichtet, dass die Abflüsse vor dem Eintritt in das Siel desinficirt werden können. Zuleitungen für warmes und kaltes Wasser dürfen nicht fehlen.

Die für den Leichendienst bestimmten Räume und Arbeitszimmer sind von den dem Publikum zugänglichen Räumen (Kapelle, Morgue) so zu trennen, dass der Verkehr beider Gruppen sich nicht berührt.

## 8. Wasserversorgung und Entwässerung.

Die Wasserversorgung eines Krankenhauses muss bereits bei der Wahl des Grundstücks gesichert sein. Der Bedarf pro Krankenbett und Tag schwankt bei den Krankenanstalten ausserordentlich und beträgt im Allgemeinen zwischen 150 und 600 Liter. Der Verbrauch richtet sich auch wesentlich nach der Art der Wasserversorgung und der Wassergewinnung und wird, abgesehen von besonderen Verhältnissen, bei dem Vorhandensein einer öffentlichen Wasserleitung und bei reichlich angelegten Wasserentnahmestellen wesentlich höher sein, als bei der Wasserversorgung mittelst Brunnen. In letzterem Fall muss das Wasser durch Hand- oder Maschinenkraft in hochgelene Reservoirs gepumpt und von dort den einzelnen Entnahmestellen zugeführt werden. Die Brunnen sind am besten als tiefgebohrte Röhrenbrunnen herzustellen, aber vor Verunreinigungen sicher zu schützen. Die Wasserversorgung soll sich auch auf die Herstellung von Hydranten für die Besprengung der Gartenanlagen, sowie auf Einrichtungen für Feuerlöschzwecke erstrecken.

Die Entwässerung eines Krankenhauses bereitet, wenn eine öffentliche Sielleitung alle Verbrauchswässer und Fäkalien aufnehmen kann, keinerlei Schwierigkeiten. Jedoch wird in solchen Fällen häufig eine mechanische oder chemische Klärung der Abwässer vor dem Eintritt in das Siel gefordert, für welche verschiedene Methoden zur Anwendung gekommen sind. Eine sichere und vollständige Vernichtung aller Bacterien ist jedoch bis jetzt in keinem Fall erreicht worden. Werden die geklärten Abwässer von einem grösseren Flusslauf aufgenommen und sehr verdünnt (nach Knauff um das Fünfzigfache), so werden im Allgemeinen keine Bedenken gegen eine solche Entwässerung zu erheben sein.

Eine Unschädlichmachung der Krankheitskeime wird in sicherer Weise durch Rieselfelder erreicht, die indessen nicht in einer die Luftverhältnisse des Krankenhauses beeinträchtigenden Nähe liegen dürfen.

In beiden vorgenannten Fällen wird man zweckmässig die Leitungen

zur Abführung des Regenwassers von denjenigen der Verbrauchswässer gesondert anlegen.

Ist eine Sielleitung zur Aufnahme der Abwässer nicht vorhanden, so empfiehlt es sich in erster Linie, ein Abfuhrsystem mittelst Tonnen, auch mit einer mässigen Wasserspülung einzurichten und hierbei die Fäkalien durch Zusatz von Torfmull und Chemikalien zu desodorisiren und zu desinficiren.

Sammel- oder Senkgruben, welche schon durch eine zeitweise Entleerung zu manchen Unzuträglichkeiten Veranlassung geben, sollten bei Krankenhäusern vermieden werden, zumal hierbei leicht eine Inficirung des Untergrundes und viele andere Uebelstände entstehen können.

## 9. Nebenanlagen.

Da das freie Gelände in der Umgebung der Gebäude auch zum Aufenthalt der Kranken oder Reconvalescenten dient, so muss dasselbe diesem Zweck entsprechend gestaltet werden. Es sind daher Ruheplätze anzulegen, schattige Wege, Spiel- und Turnplätze, freundliche Beetanlagen herzustellen. Indessen muss hierbei immer die Möglichkeit einer guten Uebersicht über das ganze Krankenhausgrundstück im Auge behalten werden. Die Wege sollen gute, directe Verbindungen zwischen den einzelnen Gebäuden herstellen und eine ihrer Bestimmung als Fahr- oder Fussweg entsprechende Breite und Befestigung durch Pflaster, Kiesbettung erhalten. Um wasserfreie Fusswege zu schaffen, werden häufig auch Streifen von Steinplatten angelegt.

Die äusseren Einfriedigungen eines Krankenhausgrundstückes werden am besten durchsichtig angelegt, um denselben nicht einen gefängnissartigen Charakter zu geben. Indessen können besondere Gründe auch undurchsichtige Einfriedigungen nothwendig machen. Jedenfalls erscheint es zweckmässig, einzelne Theile der Krankenanstalt, bei denen, wie z. B. bei dem Leichenhause, den Infections-Abtheilungen, Wirthschaftshöfen der Einblick und die Annäherung Aussenstehender störend ist, möglichst mit massiven, genügend hohen Mauern einzufriedigen.

## 10. Kosten.

Abgesehen von den Kosten des Bauplatzes schwanken die Gesammtkosten von Krankenhäusern sehr erheblich. Dies ergiebt sich ohne Weiteres nicht nur aus dem verschiedenen Aufwand, mit welchem die einzelnen Krankenanstalten errichtet werden, sondern auch aus der sehr wechselnden Zahl von besonderen oder Neben-Gebäuden (Badehaus, Operationsgebäude, Laboratorien, Desinfectionsanlage, Wohnungen für Beamte, Kapelle, Poliklinik), im Uebrigen aber aus den verschiedenen Material- und Arbeitspreisen der einzelnen in Frage kommenden Orte.

Eine Vergleichung der Einheitskosten pro Bett bei verschiedenen Krankenanstalten giebt daher ohne Beachtung der vorgenannten und anderer örtlicher Verhältnisse kein zutreffendes Bild.

Im Allgemeinen werden sich die Kosten pro Bett bei sonst gleichen Verhältnissen um so niedriger stellen, je grösser die Bettenzahl ist, da in diesem Fall die relativen Kosten für die Nebenanlagen geringer sind. Da jedoch bei kleineren Anstalten in der Regel manche Nebenanlagen und besondere Einrichtungen grösserer Krankenhäuser fortfallen und eine stärkere Centralisirung der einzelnen Theile stattfindet, so sind auch die Einheitspreise kleinerer Krankenhäuser gewöhnlich niedriger, als diejenigen grösserer Hospitäler. Bei der grossen Verschiedenheit der Anlagen lassen sich irgendwelche Normalwerthe für Einheitspreise schwer aufstellen.

Wie die Verhältnisse aber auch in jedem Fall liegen, die billigste Art des Bauens wird schliesslich darin bestehen, dass zweckmässig, solid und den Anforderungen der Gesundheilts- und Krankenpflege in jeder Weise entsprechend gebaut wird.

Nach diesen Gesichtspunkten sollten stets die Mittel für einen Krankenhausbau flüssig gemacht oder die Grössenverhältnisse des Neubaues den verfügbaren Mitteln angepasst werden.

---

## 2. Statistik,

nach amtlichen Veröffentlichungen zusammengestellt.

Von

Dr. med. **Rahts,**

Kaiserl. Geheimen Regierungsrath.

---

### 1. Die Zahl der Krankenanstalten des Deutschen Reiches und der Plätze in denselben.

Eine amtliche Zählung der im Deutschen Reiche befindlichen Krankenanstalten hat bisher nur ein Mal stattgefunden, und zwar nach den Vorschlägen einer im Jahre 1875 zur Vorberathung einer Reichsmedicinalstatistik einberufenen Commission von Sachverständigen im Anschluss an eine Aufnahme des Heilpersonals, des pharmazeutischen Personals und der pharmazeutischen Anstalten. Diese Zählung war zufolge Beschlusses des Bundesraths vom 24. October 1875 nach dem Stande vom 1. April 1876 erfolgt; eine Bestimmung, in welchen Zeiträumen die Zählung wiederholt werden sollte, ist damals nicht getroffen worden.

Gleichzeitig waren jedoch fortlaufende statistische Erhebungen über die Morbiditätsverhältnisse in den allgemeinen Krankenhäusern, den Irren-Heil- und Pflegeanstalten, den Augenheilanstalten und den Entbindungsanstalten beschlossen worden, und da die Ergebnisse dieser seither alljährlich stattfindenden Erhebungen zur Unterrichtung der Behörden über Zahl, Umfang und Belegung der Krankenanstalten anscheinend genügten, ist bei späteren Aufnahmen zu medicinalstatistischen Zwecken, nämlich bei der am 1. April 1887 und 1. April 1898 (bezw. 1. Juli 1895) wiederholten Aufnahme des Heilpersonals, des pharmazeutischen Personals und der pharmazeutischen Anstalten von einer nochmaligen Zählung der Krankenanstalten im ganzen Reiche Abstand genommen.

Am genannten Tage der amtlichen Zählung, dem 1. April 1876, befanden sich 3030 Heilanstalten mit insgesammt 140899 Betten im Deutschen Reiche. Von diesen Anstalten waren:

1985 mit 75702 Betten allgemeine Krankenhäuser,
348 mit 26473 Betten Militärlazarethe,
199 mit 28332 Betten Irren-Heil- und Pflegeanstalten.

Ausserdem wurden unter jenen 3030 Heilanstalten damals von Special-Krankenanstalten nachgewiesen:

93 Augenheilanstalten mit 1940 Plätzen,
268 Entbindungsanstalten mit 2567 Plätzen, endlich
24 orthopädische Anstalten mit 359 Plätzen und
113 sonstige Anstalten für eigenartige Heilzwecke oder Heilmethoden mit 5526 Plätzen.

In den allgemeinen Krankenhäusern standen nach der Aufnahme von 1876 für jede Million Bewohner des Reichs *1772* Betten zur Verfügung. Verhältnissmässig am beträchtlichsten war die Zahl der Betten in den allgemeinen Krankenhäusern des Staates Hamburg, wo *58* Betten schon auf je 10000 Einwohner kamen, demnächst im Staate Bremen und in Berlin, am geringsten war die Zahl im Herzogthum Braunschweig, wo *58* Krankenhausbetten erst auf je 100000 Einwohner kamen. Seither haben sich die Verhältnissziffern in Folge nicht unbeträchtlicher Zunahme der Krankenanstalten des Reiches wesentlich geändert; nach den Ausweisen, welche in Gemässheit der oben erwähnten, fortlaufenden Erhebnngen alljährlich beim Kaiserlichen Gesundheitsamte eingegangen und von diesem veröffentlicht worden sind[1]), befanden sich am Ende des Jahres 1894 — für welches Jahr die neuesten Ausweise gedruckt vorliegen — im Deutschen Reiche: 2712 allgemeine Krankenhäuser mit 136650 Betten, 138 öffentliche und 157 private Irrenanstalten mit 54199 bezw. 16076 Betten, 143 Augenheilanstalten mit 3772 Plätzen und 179 Entbindungsanstalten mit 2828 Plätzen. Auf je eine Million Bewohner des Reiches standen nunmehr in den allgemeinen Krankenhäusern *2760* Betten zur Verfügung, d. h. 988 Betten mehr als bei der Zählung vor 18 Jahren. Fast $^3/_4$ dieser Bettenzahl entfiel auf öffentliche Krankenhäuser, deren 1917 mit 100983 Betten für das Jahr 1894 die Ausweise eingesandt hatten. Von den Privatanstalten sind indessen in Gemässheit des oben angeführten Bundesrathsbeschlusses vom 24. October 1875 nicht alle, sondern nur diejenigen mit zehn oder mehr Betten an den fortlaufenden Erhebungen betheiligt, daher sind neben allen öffentlichen auch nur solche grösseren Privatanstalten in der genannten Summe von 2712 allgemeinen Krankenhäusern mit einbegriffen.

In nachstehender Tabelle sind die Staaten des Deutschen Reiches und demnächst die Provinzen Preussens nach ihrem Reichthum an Betten in den allgemeinen Krankenhäusern geordnet. Die für die Reihenfolge der Staaten massgebenden Verhältnisszahlen sind diejenigen der letzten Spalte, denn diese, welche aus der in den öffentlichen allgemeinen Krankenhäusern befindlichen Bettenzahl errechnet sind, erscheinen bedeutsamer, als die der vorletzten Spalte, da ja nach Maassgabe des erwähnten Bundesrathsbeschlusses die Zahl der in Privatanstalten vorhandenen Betten alljährlich nur unvollständig angegeben wird.

---

[1]) Vgl. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte Bd. I. S. 222 ff., Bd. IV. S. 224 ff. und Medicinalstatistische Mittheilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte Bd. I. S. 40 ff., Bd. III. S. 45 ff., Bd. IV. S. 168 ff.

| | Im Jahre 1894 befanden sich | | | | Auf je 100000 Einw. kamen Betten | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | öffentliche Anstalten | private Anstalten | Betten in öffentl. Anstalten | Betten in privaten Anstalten | im Ganzen | in öffentl. Anstalten |
| A. im Staate | | | | | | |
| Hamburg . . . . | 11 | 17 | 3917 | 1083 | *803* | *629* |
| Bremen . . . . | 3 | 6 | 628 | 415 | *578* | *348* |
| Lübeck . . . . | 2 | 1 | 234 | 36 | *353* | *306* |
| Baden . . . . . | 133 | 12 | 5027 | 396 | *327* | *303* |
| Elsass-Lothringen . | 73 | 16 | 4708 | 545 | *328* | *294* |
| Bayern . . . . | 414 | 22 | 15207 | 712 | *285* | *272* |
| Waldeck . . . . | 3 | — | 155 | — | *271* | *271* |
| Württemberg . . | 120 | 8 | 4876 | 601 | *269* | *239* |
| Hessen . . . . . | 29 | 8 | 2143 | 268 | *243* | *216* |
| Mecklenburg-Schwerin . . . | 32 | 2 | 1145 | 46 | *206* | *198* |
| Sachsen . . . . | 104 | 22 | 6875 | 669 | *215* | *196* |
| Preussen . . . . | 923 | 644 | 52550 | 29482 | *274* | *175* |
| Reuss ä. L. . . . | 2 | — | 104 | — | *166* | *166* |
| Lippe . . . . . | 2 | — | 212 | — | *165* | *165* |
| Mecklenburg-Strelitz | 9 | 2 | 158 | 131 | *295* | *161* |
| Schwarzburg-Rudolstadt . . . . | 4 | 1 | 135 | 35 | *198* | *157* |
| Sachsen-Weimar . | 10 | — | 494 | — | *151* | *151* |
| Sachsen-Meiningen . | 11 | 2 | 333 | 86 | *187* | *149* |
| Braunschweig . . | 6 | 11 | 586 | 406 | *246* | *145* |
| Anhalt . . . . . | 7 | 1 | 390 | 20 | *151* | *143* |
| Schwarzburg-Sondershausen . . | 3 | — | 102 | — | *135* | *135* |
| Reuss j. L. . . . | 2 | — | 159 | — | *133* | *133* |
| Oldenburg . . . | 7 | 17 | 444 | 671 | *314* | *125* |
| Sachsen-Coburg-Gotha . . . . | 4 | 1 | 251 | 7 | *125* | *122* |
| Sachsen-Altenburg . | 2 | — | 136 | — | *80* | *80* |
| Schaumburg-Lippe . | 1 | 2 | 14 | 58 | *184* | *36* |
| B. innerh. Preussens in | | | | | | |
| Berlin . . . . . | 21 | 43 | 6156 | 986 | *452* | *390* |
| Hohenzollern . . . | 3 | — | 256 | — | *387* | *387* |
| Schleswig-Holstein . | 52 | 18 | 2574 | 526 | *255* | *211* |
| Rheinprovinz . . . | 111 | 168 | 9738 | 9595 | *410* | *207* |
| Hessen-Nassau . . | 51 | 38 | 3212 | 1454 | *280* | *193* |
| Schlesien . . . . | 157 | 95 | 7473 | 3275 | *254* | *177* |
| Westpreussen . . | 46 | 9 | 2513 | 337 | *199* | *175* |
| Pommern . . . . | 75 | 13 | 2646 | 211 | *188* | *174* |
| Sachsen . . . . | 65 | 32 | 3857 | 1005 | *188* | *149* |
| Brandenburg (ohne Berlin) . . . . | 95 | 16 | 3572 | 476 | *159* | *141* |
| Westfalen . . . . | 46 | 136 | 3294 | 8106 | *469* | *136* |
| Hannover . . . . | 67 | 39 | 2965 | 1863 | *212* | *130* |
| Ostpreussen . . . | 65 | 21 | 2553 | 1156 | *188* | *129* |
| Posen . . . . . | 69 | 16 | 1771 | 492 | *129* | *101* |

Für die Unterkunft erkrankter Personen in öffentlichen allgemeinen Krankenhäusern war hiernach weitaus am besten in Hamburg gesorgt, demnächst in Berlin und im Preussischen Regierungsbezirk Sigmaringen; berücksichtigt man auch die privaten Anstalten mit mindestens zehn Betten, so war am besten in Hamburg, Bremen und Westfalen, am

wenigsten im Herzogthum Sachsen-Altenburg für die Unterkunft von Kranken in allgemeinen Krankenhäusern gesorgt.

Von den 914175 Kranken, welche durchschnittlich während eines jeden der Jahre 1892 bis 1894 in den allgemeinen Krankenhäusern des Reiches verpflegt worden sind, entfielen im Jahresmittel 179305, d. i. kaum 20 von je 100 auf Privatanstalten, letztere nehmen also hinsichtlich der Fürsorge für erkrankte Personen im Deutschen Reiche eine nur untergeordnete Stelle ein.

## 2. Alter und Geschlecht der verpflegten Kranken.

Dem Geschlechte nach waren von je 1000 in dem bezeichneten Triennium Verpflegten etwa 632 männlichen und 368 weiblichen Geschlechts. Das Verhältniss war selbstverständlich nicht in jedem Staate das gleiche, indessen sind die Abweichungen nicht von erheblicher Bedeutung. Hervorgehoben sei, dass in Mecklenburg-Schwerin und Mecklenburg-Strelitz, sowie in Pommern, Posen, Hannover, die männlichen Personen mehr als anderwärts überwiegen, dass andrerseits in Waldeck (1893) mehr weibliche als männliche Personen verpflegt worden sind. Ueber das Lebensalter der verpflegten Kranken liegen leider nur vereinzelte Ausweise vor, da bei den von Reiches wegen stattfindenden Erhebungen eine Sonderung der Kranken nach Altersklassen vorläufig nicht stattfindet.

Von je 1000 in den Heilanstalten Preussens während des Jahres 1894 behandelten Kranken entfielen auf die Altersklasse

| | | | |
|---|---|---|---|
| bis zu einem Jahre . . | *10*, | von 1 bis 5 Jahren . | *38*, |
| über 5 bis 15 Jahren . | *91*, | über 15 „ 20 „ . | *156*, |
| „ 20 „ 30 „ . | *263*, | „ 30 „ 40 „ . | *156*, |
| „ 40 „ 60 „ . | *209*, | „ 60 Jahren . . . | *77*, |

und in den zwölf grossen Berliner Krankäusern, denen neuerdings in jedem Jahre mehr als 50000 Kranke zugehen, standen nach einem besonderen Ausweise sogar *80,6* pCt. aller in zwei Berichtsjahren aufgenommenen Kranken im Alter von 15 bis 60 Lebensjahren. Auf letztere Altersklasse, in welcher die Aussichten auf Genesung unter sonst gleichen Umständen zweifellos weit günstiger als bei jüngeren und älteren Personen sind, dürften daher, wenn man die für Preussen gegebenen Ziffern verallgemeinert, in den allgemeinen Krankenhäusern des Deutschen Reiches $^3/_4$ bis $^4/_5$ aller Kranken entfallen.

## 3. Sterbeziffer der Kranken.

Je mehr Kinder der ersten Lebensjahre und je mehr hochbetagte Personen in den Heilanstalten eines Bezirks Aufnahme gefunden haben, um so höher wird naturgemäss die Sterbeziffer der Verpflegten, d. h. das Verhältniss der Gestorbenen zu den sonst in Abgang gekommenen Kranken sein. Aus den allgemeinen Sterbeziffern der Verpflegten darf man daher ohne Kenntniss der Altersverhältnisse der Kranken niemals Schlüsse auf die Salubritätsverhältnisse der Krankenhäuser ziehen. Nachstehend sollen trotzdem die auf je 100 der abgelaufenen Krankheitsfälle

reducirten Ziffern der Sterbefälle in den allgemeinen Krankenhäusern des Reiches, nach Staaten und Provinzen gesondert, mitgetheilt werden, da man immerhin gewisse Schlüsse auf die durchschnittliche Schwere der behandelten Krankheitsformen aus ihnen ableiten darf[1]).

Wenn man z. B. aus den Ziffern ersieht, dass das Verhältniss der Gestorbenen zur Gesammtzahl der in Abgang gekommenen Kranken in Berlin, Elsass-Lothringen und den beiden lippeschen Fürstenthümern auffallend hoch, in Württemberg und Bayern ausnahmsweise niedrig war, erscheint die Folgerung, dass in Bayern und Württemberg durchschnittlich leichtere Krankheitsfälle als in Berlin, Elsass-Lothringen und jenen Fürstenthümern zur Behandlung gekommen sind, wohl begründet.

Von je 1000 während der drei Jahre 1892 bis 1894 abgelaufenen, beziehungsweise in Abgang gestellten Krankheitsfällen hatten tödtlich geendet in den allgemeinen Krankenhäusern

des Fürstenthums Lippe *120*
„ „ Schaumburg-Lippe . . . *118*
von Elsass-Lothringen *111*
des Königreichs Sachsen . . . . *93*
„ Staates Hamburg . *88*
von Oldenburg . . . *8*
„ Anhalt . . . . *82*
„ Preussen . . . . *78*
„ Schwarzburg-Rudolstadt . . . . *74*
„ Sachsen-Coburg-Gotha . . . . . *73*
„ Reuss ä. L. . . . *69*
„ Sachsen-Altenburg *67*
von Bremen . . . . *67*
„ Waldeck . . . . *66*
„ Hessen . . . . *65*
„ Sachsen-Weimar . *64*
„ Reuss j. L. . . . *63*
„ Braunschweig . . *62*
„ Mecklenburg-Strelitz . . . . . . *59*
„ Lübeck . . . . *58*
„ Schwarzburg-Sondershausen . . . *53*
„ Mecklenburg-Schwerin . . . . *52*
„ Baden . . . . . *47*
„ Sachsen-Meiningen *46*
„ Bayern . . . . *39*
„ Württemberg . . *30*
von Berlin . . . . . *107*
„ Hohenzollern . . *88*
„ Posen . . . . . *82*
„ Westpreussen . . *81*
„ Westfalen . . . *79*
der Rheinprovinz . . *75*
„ Provinz Brandenburg . . . . . *76*
„ Provinz Sachsen . *74*
von Schlesien . . . . *73*
„ Ostpreussen . . . *73*
„ Pommern . . . . *72*
„ Schleswig-Holstein . . . . . *67*
„ Hessen-Nassau . *65*
„ Hannover . . . *62*

## 4. Zahl der verpflegten Kranken.

In die etwa 2700 allgemeinen Krankenhäuser des Deutschen Reiches wurden nach den letztveröffentlichten Ausweisen jährlich rund 900000 Kranke neu aufgenommen, im Durchschnitt der drei Berichtsjahre 1892 bis 1894 genau 886128, d. h. auf je 10000 am 1. December 1890 gezählte Bewohner des Reiches sind jährlich *179* Kranke den allgemeinen Krankenhäusern zugegangen, davon etwa *36* den Privatanstalten und *143* den öffentlichen Anstalten.

[1]) Die Sterblichkeitsziffern sind hier grundsätzlich aus dem Gesammtabgang errechnet, da nur solche Krankheitsfälle für die Bestimmung der Sterblichkeitsziffer verwerthbar scheinen, deren Ausgang nach Inhalt der Ausweise überhaupt bekannt ist. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die hier angegebenen Sterbeziffern, welche also bezeichnen, wie viele von je 1000 abgelaufenen Krankheitsfällen tödtlich geendet haben, nicht vergleichbar mit solchen Verhältnissziffern sind, welche sich auf die Gesammtheit der behandelten Fälle beziehen.

Diese Verhältnissziffer (*179*) schwankte, wenn man die einzelnen Staaten und Provinzen in Betracht zieht, innerhalb sehr weiter Grenzen. Auf je 10000 Bewohner sind im dreijährigen Durchschnitt neue Krankheitsfälle den allgemeinen Krankenhäusern jährlich zugegangen:

| Staat / Provinz | Zahl |
|---|---|
| in Hamburg | *608* |
| „ Bremen | *476* |
| „ Lübeck | *280* |
| „ Baden | *253* |
| „ Württemberg | *222* |
| „ Bayern | *214* |
| „ Hessen | *200* |
| „ Oldenburg | *200* |
| „ Braunschweig | *179* |
| „ Mecklenburg-Strelitz | *179* |
| „ Preussen | *168* |
| „ Mecklenburg-Schwerin | *159* |
| „ Elsass-Lothringen | *137* |
| im Königreich Sachsen | *125* |
| in Anhalt | *123* |
| in Schwarzburg-Rudolstadt | *103* |
| „ Sachsen-Altenburg | *95* |
| „ Waldeck | *94* |
| „ Sachsen-Weimar | *93* |
| „ Reuss j. L. | *89* |
| „ Schwarzburg-Sondershausen | *84* |
| „ Sachsen-Coburg-Gotha | *83* |
| „ Reuss ä. L. | *73* |
| „ Lippe | *68* |
| „ Sachsen-Meiningen | *62* |
| „ Schaumburg-Lippe | *48* |
| in Berlin | *467* |
| „ Westfalen | *211* |
| „ der Rheinprovinz | *200* |
| „ Hessen-Nassau | *189* |
| „ Schleswig-Holstein | *178* |
| „ Schlesien | *173* |
| „ Hannover | *145* |
| „ der Provinz Sachsen | *133* |
| „ Westpreussen | *122* |
| „ Pommern | *120* |
| „ Brandenburg (ohne Berlin) | *97* |
| „ Ostpreussen | *92* |
| „ Hohenzollern | *81* |
| „ Posen | *71* |

Wenn sich hieraus ergiebt, dass in den Staaten Hamburg und Bremen, demnächst in Berlin die allgemeinen Krankenhäuser von der Bevölkerung weitaus am stärksten benutzt worden sind, so ist doch in Betracht zu ziehen, dass gerade in Hamburg, Bremen und Berlin der Fremdenzufluss sehr beträchtlich ist, und dass demnach die Errechnung der Verhältnissziffer auf je 10000 Einwohner hier weniger als anderwärts eine unbedingt zuverlässige Vergleichsziffer ergiebt.

Eine etwas andere Reihenfolge der Staaten etc. ergiebt sich übrigens, wenn man dieselben nach der Zahl der verpflegten Kranken ordnet. Auf je 10000 Einwohner kamen im Jahr 1894 verpflegte Kranke:

| Staat / Provinz | Zahl |
|---|---|
| in Hamburg | *528* |
| „ Berlin | *480* |
| „ Bremen | *443* |
| „ Baden | *260* |
| „ Westfalen | *239* |
| „ Oldenburg | *232* |
| „ Lübeck | *230* |
| „ der Rheinprovinz | *224* |
| „ Württemberg | *218* |
| „ Bayern | *213* |
| „ Mecklenburg-Strelitz | *195* |
| „ Hessen-Nassau | *192* |
| „ Hessen | *190* |
| „ Braunschweig | *190* |
| in Schleswig-Holstein | *180* |
| (im Königreich Preussen | *178*) |
| in Schlesien | *178* |
| „ Mecklenburg-Schwerin | *170* |
| „ Elsass-Lothringen | *158* |
| „ Hannover | *153* |
| „ der Provinz Sachsen | *139* |
| im Königreich Sachsen | *134* |
| in Westpreussen | *126* |
| „ Anhalt | *122* |
| „ Pommern | *121* |
| „ Waldeck | *109* |
| „ Sachsen-Weimar | *106* |
| „ Ostpreussen | *104* |
| „ Schwarzburg-Sondershausen | *100* |
| in Sachsen-Altenburg | *99* |
| „ Sachsen-Coburg-Gotha | *98* |
| „ Brandenburg | *97* |
| „ Reuss j. L. | *97* |
| „ Lippe | *88* |
| „ Hohenzollern | *87* |
| „ Schwarzburg-Rudolstadt | *77* |
| „ Reuss ä. L. | *77* |
| „ Posen | *73* |
| „ Schaumburg-Lippe | *67* |
| „ Sachsen-Meiningen | *61* |

## 5. Belegungsziffer.

In welchem Umfange die vorhandenen Heilanstalten (Anstaltsbetten) benutzt werden, d. h. der kranken Bevölkerung zu Gute kommen, kann man aus der durchschnittlichen Belegungsziffer ersehen, welche angiebt, wie viele Kranke im Jahre auf jedes verfügbare Anstaltsbett entfallen sind. So hat von 1878 bis 1894 die durchschnittliche Belegungsziffer der allgemeinen Krankenhäuser etwas zugenommen, da auf je zehn Anstaltsbetten in ersterem Jahre 62, im Durchschnitt der letzten drei Berichtsjahre 68 Kranke entfielen (Belegungsziffer: 6,2 bezw. 6,8); man darf hieraus schliessen, dass die Zahl der Krankenhausbetten nicht in demselben Verhältniss zugenommen hat, wie die der krankenhausbedürftigen Bevölkerung, da die vorhandenen Plätze eben neuerdings stärker in Anspruch genommen wurden. Besonders deutlich kommt das in einzelnen Gebietstheilen zum Ausdruck. So wurde in Berlin jedes Anstaltsbett

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1878 | von | 7,7 | Personen | |
| 1882 | „ | 8,9 | „ | |
| 1885 | „ | 9,6 | „ | |
| 1889—1891 | „ | 9,9 | „ | |
| 1894 | „ | 10,6 | „ | benutzt. |

Die mittlere Belegungsziffer des Reiches betrug 1894 in den öffentlichen Anstalten 7,2, in den Privatanstalten, soweit Nachrichten vorliegen, 5,3, im Ganzen 6,7; am höchsten war sie in Sachsen-Altenburg und Berlin, am niedrigsten in Hohenzollern und Sachsen-Meiningen, denn es kamen u. a. auf jeden Platz in den allgemeinen Krankenhäusern:

| | | | |
|---|---|---|---|
| von | Sachsen-Altenburg . . . . | 12,5 | Kranke |
| „ | Berlin . . . . . . . . . . | 10,6 | „ |
| „ | Mecklenburg-Schwerin . . . | 8,2 | „ |
| „ | Württemberg . . . . . . . | 8,1 | „ |
| „ | Anhalt . . . . . . . . . . | 8,1 | „ |
| „ | Elsass-Lothringen . . . . | 4,8 | „ |
| „ | Reuss ä. L. . . . . . . . | 4,6 | „ |
| „ | Waldeck . . . . . . . . . | 4,0 | „ |
| „ | Schwarzburg-Rudolstadt . . | 3,9 | „ |
| „ | Schaumburg-Lippe . . . . | 3,7 | „ |
| „ | Sachsen-Meiningen . . . . | 3,3 | „ |
| „ | Hohenzollern . . . . . . . | 2,2 | „ |

## 6. Verpflegungsdauer.

Die oben mitgetheilten Uebersichten, betreffend die Krankenzahl, haben gezeigt, dass die Durchschnittszahl der neu aufgenommenen Kranken von derjenigen der im gleichen Zeitraum verpflegten Kranken

hier und da nicht unerheblich abweicht, dass erstere z. B. in Hamburg und Lübeck wesentlich grösser, in Elsass-Lothringen, Westfalen, Berlin nicht unerheblich kleiner als letztere ist. Der Grund hierfür ist hauptsächlich in dem Umstande zu suchen, dass die mittlere Verpflegungsdauer der Kranken in den einzelnen (staatlichen) Gruppen von Krankenhäusern eine recht verschiedene gewesen ist. Während der letzten drei Berichtsjahre (1892—1894) kamen auf je einen Kranken im Mittel für's Reich etwa 29 Verpflegungstage, und zwar a) 27 (26,6—27,6) in den öffentlichen Anstalten, b) 38 (37,1—39,2) in den privaten Anstalten, dagegen schwankte die mittlere Verpflegungsdauer während derselben drei Jahre:

| | a) in den öffentlichen Anstalten | b) in den Privatanstalten |
|---|---|---|
| von Bayern . . . . | zwischen 18,3 und 18,9 Tagen | zwischen 22,5 und 26,5 Tagen |
| ,, Elsass-Lothringen | ,, 44,4 ,, 47,1 ,, | ,, 29,7 ,, 31,7 ,, |
| ,, Baden . . . . | ,, 21,7 ,, 22,9 ,, | ,, 46,6 ,, 52,6 ,, |
| ,, Ostpreussen . . | ,, 29,9 ,, 34,6 ,, | ,, 58,0 ,, 68,7 ,, |

u. s. w., ja in dem öffentlichen Krankenhause des Fürstenthums Schaumburg-Lippe entfielen während des Jahres 1894 auf jeden der 22 daselbst verpflegten Kranken nicht weniger als 108 Verpflegungstage.

Da die mittlere Verpflegungsdauer hauptsächlich von der Art der zur Behandlung kommenden Krankheitsfälle abhängig ist, — im letzterwähnten Fürstenthum Schaumburg-Lippe war „Altersschwäche" verhältnissmässig oft Grund zur Aufnahme ins Krankenhaus — so ist es von Interesse, einen Ueberblick über diese innerhalb recht weiter Grenzen schwankende Dauer der Behandlung des einzelnen Kranken zu gewinnen, doch soll von einer Sonderung der öffentlichen und privaten Anstalten nachstehend abgesehen werden.

Im Durchschnitt der drei Jahre 1892, 1893 und 1894 betrug die mittlere Verpflegungsdauer eines Kranken im Deutschen Reiche 29,3 Tage, in Preussen 32,1 Tage, dagegen in den allgemeinen Krankenhäusern:

| | | | |
|---|---|---|---|
| des Fürstenthums Lippe . . | 53,1 Tage | von Sachsen-Meiningen . . | 27,0 Tage |
| ,, ,, Schwarzburg-Rudolstadt . . . . . | 43,8 ,, | ,, Reuss ä. L. . . . . . | 26,7 ,, |
| von Elsass-Lothringen . . . | 43,7 ,, | ,, Hessen . . . . . . . | 26,4 ,, |
| ,, Schaumburg-Lippe . . | 42,1 ,, | ,, Sachsen-Coburg-Gotha . | 25,4 ,, |
| des Staates Hamburg . . . | 33,8 ,, | ,, Anhalt . . . . . . . | 25,0 ,, |
| von Preussen . . . . . . . | 32,1 ,, | ,, Mecklenburg-Strelitz . . | 24,8 ,, |
| ,, Sachsen-Weimar . . . | 31,9 ,, | ,, Schwarzburg - Sondershausen . . . . . . . | 24,4 ,, |
| ,, Waldeck . . . . . . . | 31,8 ,, | ,, Mecklenburg-Schwerin . | 23,9 ,, |
| des Königreichs Sachsen . . | 30,5 ,, | ,, Sachsen-Altenburg . . | 23,7 ,, |
| ,, Staates Lübeck . . . . | 30,4 ,, | ,, Baden . . . . . . . . | 23,2 ,, |
| ,, ,, Bremen . . . . | 30,2 ,, | ,, Reuss j. L. . . . . . | 22,3 ,, |
| von Oldenburg . . . . . . | 28,7 ,, | ,, Württemberg . . . . . | 20,9 ,, |
| ,, Braunschweig . . . . | 27,6 ,, | ,, Bayern . . . . . . . . | 18,8 ,, |

und innerhalb Preussens in den allgemeinen Krankenhäusern:

| | | | |
|---|---|---|---|
| von Westfalen . . . . . . | 43,0 Tage | von Ostpreussen . . . . . | 37,4 Tage |
| der Rheinprovinz . . . . . | 37,5 ,, | ,, Hohenzollern . . . . . | 34,0 ,, |

| | | |
|---|---|---|
| von Brandenburg . . . . . 33,4 Tage | | von Schlesien . . . . . . 28,2 Tage |
| „ Posen . . . . . . . . 30,9 „ | | „ Hannover . . . . . . 28,1 „ |
| „ Westpreussen . . . . . 29,8 „ | | „ Schleswig-Holstein . . 27,1 „ |
| „ Hessen-Nassau . . . . 29,7 „ | | „ Berlin . . . . . . . . 27,1 „ |
| „ Pommern . . . . . . . 29,1 „ | | der Provinz Sachsen . . . 26,4 „ |

Der Vergleich mit den aus früheren Zeiträumen errechneten Verhältnissziffern ergiebt, dass dieselben ziemlich constant sind, d. h. dass einer anhaltend kurzen Verpflegungsdauer in der einen Krankheitsgruppe eine anhaltend lange Verpflegungsdauer in anderen gegenübersteht.

Wie ferner ein Vergleich mit den oben mitgetheilten Sterbeziffern zeigt, steht die Häufigkeit der Sterbefälle in den allgemeinen Krankenhäusern gewöhnlich in einer deutlichen Abhängigkeit von der mittleren Dauer der Krankenverpflegung. Je kürzere Zeit die Behandlung im Durchschnitt währte, je leichter also, wie man schliessen darf, der Krankheitsverlauf bei der Mehrzahl sich zeigte, um so weniger Sterbefälle sind im Verhältniss zur Krankenzahl vorgekommen. Diese wechselseitige Beziehung zwischen durchschnittlicher Verpflegungsdauer und durchschnittlicher Sterblichkeit verleiht den betreffenden Verhältnissziffern einen besonderen Vergleichswerth zur allgemeinen Charakteristik gewisser, örtlich begrenzter Gruppen von Krankenhäusern. Die oft erheblichen Unterschiede, welche Jahr für Jahr in gleichem Sinne hervortreten, lassen sich eben dadurch erklären, dass in jedem Staat, jeder Provinz andere Altersklassen und andere Krankheitsformen den Hauptheil des Zugangs in den Krankenhäusern bilden; der einen Gruppe gehen vorzugsweise alte, sieche Personen zu, welche naturgemäss lange behandelt werden und häufig in der Anstalt sterben, in der anderen Gruppe überwiegen jugendliche Personen, deren durchschnittlich leichtere Erkrankungen meist nach kurzer Behandlung zur Entlassung aus dem Krankenhause, aber selten zum Tode führen.

## 7. Krankheitsformen.

Nach den veröffentlichten Uebersichten vertheilen sich die Krankheiten, welche in den allgemeinen Krankenhäusern behandelt wurden, in dreizehn Hauptgruppen sehr verschiedenen Umfangs.

Innerhalb des Berichtszeitraums 1892—1894 — welcher den nachstehenden ziffernmässigen Angaben in der Regel zu Grunde liegt — entfielen von je 10000 in Zugang gekommenen Krankheitsfällen durchschnittlich auf:

1. Die allgemeinen und Infectionskrankheiten. . *2279*
2. Die Krankheiten der äusseren Bedeckungen . *1658*
3. Die mechanischen Verletzungen . . . . . . *1229*
4. Die Krankheiten der Athmungswerkzeuge . . *1155*
5. Die Krankheiten der Verdauungswerkzeuge . *1050*
6. Die Krankheiten der Bewegungswerkzeuge . *735*
7. Die Krankheiten des Nervensystems . . . *506*

8. Die Krankheiten der Harn- u. Geschlechtsorgane *494*
9. Die Krankheiten der Kreislaufsorgane . . . *314*
10. Die Krankheiten der Augen . . . . . . . *222*
11. Die Entwickelungskrankheiten . . . . . . . *166*
12. Die Krankheiten der Ohren . . . . . . . *59*
13. Die anderen Krankheiten u. unbest. Diagnosen *134*.

Die hiernach am meisten in den allgemeinen Krankenhäusern vertretenen Gruppe der „Infections- und allgemeinen Krankheiten" umfasst in 44 Nummern alle wichtigen Infectionskrankheiten und eine Reihe sonstiger Leiden, welche ebenfalls als Erkrankungen des Gesammtkörpers gelten, wie Blutarmuth, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Gicht, Alkoholismus, u. a. chronische Vergiftungen. Im Durchschnitt des Berichtszeitraums betrug in den 2712 Krankenhäusern des Reiches die Zahl der behandelten Krankheitsfälle aus dieser Gruppe jährlich 207577. Etwa der dritte Theil dieser Fälle (68458) entfiel auf die sechs Infectionskrankheiten: Scharlach, Diphtherie, Masern, Rose, Unterleibstyphus, Influenza und ein weiteres Fünftel (44006) auf die sogen. venerischen Krankheiten, d. i. Gonorrhoe, primäre und constitutionelle Syphilis. Wegen Pocken gingen in den drei Jahren 176—246—57 Personen den Heilanstalten zu, vorwiegend in den östlichen Grenzgebieten und den Hafenstädten, Scharlachkranke bildeten 4,5, Masernkranke 3,2 pM. aller in den Anstalten behandelten Fälle der 13 Gruppen, auf Diphtherie entfielen aber 24,1 pM. aller Krankheitsfälle, ausserdem noch 1,4 pM. auf Croup, welcher zu den „Krankheiten der Athmungsorgane" gerechnet ist, trotzdem unter dieser Bezeichnung muthmasslich gerade die schweren, mit Kehlkopfscroup verbundenen Diphtheriefälle versteckt sind. Die Sterblichkeitsziffer der Diphtheriekranken betrug im Mittel 26,2, die der Croupkranken 41,7 pCt. Bemerkenswerth ist, dass in den Krankenhäusern der Süddeutschen Staaten namentlich Bayerns einer geringen Zahl von Croup- und Diphtheriefällen eine auffallend hohe Zahl von „Mandel- und Rachenentzündungen" gegenübersteht, welche unter der Gruppe der Krankheiten der Verdauungsorgane geführt werden. An Unterleibstyphus litten *112*, am gastrischen Fieber *36* von je 10000 den allgemeinen Krankenhäusern zugegangenen Kranken, beide Leiden gaben neuerdings viel seltener Anlass zur Anstaltsbehandlung als früher, doch war dafür die Sterblichkeitsziffer (= 13,8 pCt.) im letzten Berichtszeitraume etwas höher als in den beiden früheren. Die Tuberculose spielt unter den Krankheiten dieser Gruppe nicht die Rolle, die man erwarten könnte, weil die meisten an Tuberculose leidenden Kranken unter der Krankheitsbezeichnung „Lungenschwindsucht" geführt werden, und so in die Gruppe der an „Krankheiten der Athmungsorgane" Leidenden gelangen.

Wechselfieber war in den Heilanstalten des Deutschen Reiches eine selten beobachtete Krankheitsform, wogegen in den Krankenhäusern Italiens Malaria einen sehr breiten Raum einnimmt. Mit „Grippe" oder „Katarrhfieber" gelangten zur Aufnahme:

| | | |
|---|---|---|
| 1886—1888 | 4032 | Kranke |
| 1889—1891 | 69599 | „ |
| 1892—1894 | 63629 | „ |

Offenbar hat es sich bei den neuerdings unter dieser Bezeichnung nachgewiesenen Erkrankungen zumeist um die eigentliche Influenza gehandelt, welche ja seit 1889 wiederholentlich im Deutschen Reiche epidemisch aufgetreten ist.

Was die sonstigen „allgemeinen Krankheiten“ betrifft, so kamen Fälle von Blutarmuth in stets wachsender Zahl zur Krankenhausbehandlung, doch lässt die geringe Sterblichkeitsziffer, namentlich unter weiblichen Kranken, darauf schliessen, dass viele Fälle einfacher Bleichsucht darunter verstanden sind. Zuckerruhr spielt ebenfalls in der Anstaltsstatistik von Jahr zu Jahr eine grössere Rolle, denn von 1886 bis 1888 gingen 1068, von 1892—1894 gingen 2228 Kranke mit Zuckerruhr den Heilanstalten zu; tödtlichen Verlauf nahmen *23,8* von je 100 Anstaltsfällen. Auch die bösartigen Neubildungen haben in der Morbiditätsstatistik der Heilanstalten eine von Jahr zu Jahr wachsende Bedeutung gewonnen, i. J. 1894 kamen mit solcher Diagnose 18036 Kranke in Zugang gegen nur 9755 i. J. 1883; die Zahl der weiblichen Kranken war hierbei stets nicht unbeträchtlich höher als die der männlichen. Auf chronischen Alkoholismus und Säuferwahnsinn kamen von je 1000 Anstaltsfällen im Reiche *13*, dagegen in Pommern *30*, im Königreich Sachsen *7*, in Bayern und Württemberg nur *2* Fälle, doch erweisen die Tabellen, dass hier bei der Krankheitsbenennung wohl nicht überall nach gleichen Grundsätzen verfahren ist.

Die hohe Zahl von „Krankheiten der äusseren Bedeckungen“ (s. o.) wurde hauptsächlich durch die vielen Krätzkranken beeinflusst, welche allein *43* pCt. des Gesammtzugangs dieser Gruppe ausmachten; neuerdings scheinen sogar noch mehr Krätzekuren in allgemeinen Krankenhäusern vorgenommen worden zu sein als früher, da unter je 100 Anstaltsfällen im letzten Triennium *7*, im vorletzten nur *4* bis *5* Fälle von Krätze sich befanden. Neben der Krätze waren Zellgewebsentzündungen und Panaritien in dieser Krankheitsgruppe viel vertreten.

Die „mechanischen Verletzungen“, welche in den allgemeinen Krankenhäusern behandelt wurden, waren zu $^{2}/_{5}$ Quetschungen oder Zerreissungen, zu $^{1}/_{5}$ Knochenbrüche, und zu etwas mehr als $^{1}/_{5}$ (*24* pCt.) Wunden oder Verbrennungen; der Rest wurde von Verstauchungen, Verrenkungen und Erfrierungen gebildet.

Unter den „Krankheiten der Athmungsorgane“ nimmt die schon erwähnte Lungenschwindsucht den breitesten Raum ein; mit Lungenschwindsucht einschliesslich Tuberculose gingen *393* von je 1000 Anstaltskranken zu, und betrug die Mortalitätsziffer 37,6 pCt.

Unter den „Krankheiten der Verdauungsorgane“ bildeten die acuten Magen- und Darmkatarrhe mehr als den dritten Theil der ganzen Krankheitsgruppe; die höchste Krankenzahl zeigte in dieser Gruppe immer Bayern.

Unterscheidet man nur innere und äussere Leiden, so lag bei etwa *63* von je 100 in die allgemeinen Krankenhäuser aufgenommenen Kranken ein inneres und bei *37* ein äusseres Leiden vor, dagegen wurde der Tod bei *92* von je 100 gestorbenen Kranken durch ein inneres Leiden veranlasst.

Von je 1000 Bewohnern des Reiches wurden nach der letzten Dreijahresübersicht jährlich rund *18* Kranke in die allgemeinen Krankenhäuser aufgenommen, davon *11* mit einer Krankheit innerer Organe, *7* mit einem äusserlichen Leiden; von je einer Million Bewohner des Reiches starben in den allgemeinen Krankenhäusern jährlich rund *124*, daranter *114* an einem innerlichen und nur etwa *10* an einem äusseren Leiden.

### 8. Die Krankenhäuser in einigen ausserdeutschen Staaten Europas.

Aus den Jahren 1883—1885 liegt in einer von der Italienischen Generaldirection für Statistik herausgegebenen Arbeit[1]) eine gedrängte Uebersicht über die Zahl der Civilkrankenhäuser einiger Staatsgebiete und über die in diesen Anstalten verpflegten und gestorbenen Kranken vor. Es betrug darnach im Jahre 1885:

| | Die Zahl der Kranken-häuser | Die Zahl der neu aufgenommenen Kranken | Die Zahl der Gestorbenen — reducirt auf je 1000 in Abgang Gekommene | Die Zahl der behandelten Kranken — reducirt auf je 1000 Einwohner |
|---|---|---|---|---|
| Im Deutschen Reiche | 2218 | 546949 | *90* | *12* |
| In Oesterreich . . | 545 | 269929 | *110* | *12* |
| „ Italien . . . . | 1144 | 347106 | *113* | *12* |
| „ Frankreich . . | 1207 | 405012 | *106* | *11* |
| „ Schweden . . . | 121 | 40553 | *66* | *9* |
| „ Norwegen . . , | 43 | 7554 | *93* | *4* |
| „ Portugal . . . | 12 | 27266 | *104* | *7* |

Hiernach sind in den Krankenhäusern Oesterreichs und Italiens ebenso viele Kranke im Verhältniss zur Einwohnerzahl behandelt worden wie in denen des Deutschen Reiches, weniger in denen Frankreichs, Schwedens und Portugals, am wenigsten, soweit Nachrichten vorliegen, in denjenigen Norwegens.

Die erheblichen Differenzen der Sterblichkeitsziffern lassen darauf schliessen, dass in den einzelnen Ländern die Aufnahme in die Krankenhäuser unter verschiedenen Verhältnissen erfolgt, dass jedenfalls die Mehrzahl der Aufgenommenen nicht überall denselben Altersklassen der Bevölkerung angehört.

[1]) Movimento degli infermi negli ospedali civili. Roma 1888.

Bezeichnend ist es in dieser Hinsicht, dass nach dem annuaire statistique de la France für 1891 in den Krankenanstalten Frankreichs nicht nur Betten für Kranke, sondern fast ebenso viele Betten für Greise, Unheilbare und Kinder nachgewiesen werden. Nach dem gedachten Jahrbuche (S. 124 ff.) befanden sich in den 87 Departements 1631 établissements hospitaliers mit

13 108 Betten für kranke Militärs,
64 780 „ „ kranke Civilpersonen,
60 642 „ „ Sieche, Greise und Unheilbare,
14 769 „ „ hülfsbedürftige Kinder,
25 338 „ „ das Antaltspersonal,

im Ganzen 178 637 Betten.

Die Morbiditätsverhältnisse in diesen Krankenanstalten Frankreichs sind hiernach mit denjenigen in den Krankenhäusern des Deutschen Reiches nicht wohl vergleichbar, es sei nur erwähnt, dass den Anstalten Frankreichs im Jahre 1888 zugegangen sind:

als krank 387 660 Erwachsene und 50 113 Kinder,
„ siech 17 890 „ „ 2341 „
„ Pflegekinder (enfants assistés) 13 612 „

In Oesterreich gab es nach der „Statistik des Sanitätswesens für d. J. 1894“ im Ganzen 620 Krankenhäuser mit 39 953 Betten, darunter 197 öffentliche mit 27 248 Betten, und wurden in diesen 620 Krankenhäusern während eines Jahres 379 708 Kranke behandelt. Nach der angeführten Quelle entfiel

1 Kranker auf . . . . . . . *63* Bewohner,
1 Krankenhausbett auf . . . *593* „

und auf je 1 Krankenhausbett kamen im Durchschnitt *9,5* behandelte Kranke. Die durchschnittliche Verpflegungsdauer betrug 26 Tage in den öffentlichen, 24 Tage in den privaten Spitälern. Unter je 1000 in Abgang gekommenen Kranken waren: *85* Kranke mit Syphilis, *71* Verletzte, *58* Augenkranke, *55* Tuberculöse, *30* Krätzkranke u. s. w., es geht daraus hervor, dass hinsichtlich der behandelten Krankheitsformen wesentliche Unterschiede auch zwischen der Gesammtheit der Oesterreichischen und der Deutschen Krankenhäuser bestehen.

Aus London sind kürzlich nähere Ausweise über die Krankenbewegung in den acht grossen „Heilanstalten für Kranke mit ansteckenden Fiebern“ (Fever Hospitals), den Pockenspitälern und den drei grossen Irrenanstalten der Hauptstadt in den Jahresberichten des statistischen Ausschusses (Reports of the statistical committee) von 1895 und 1896 veröffentlicht worden. Zu Beginn des Jahres 1896 hatten die acht erstewähnten Heilanstalten 3766 Betten für Kranke, zwei weitere derartige Anstalten (Fever Hospitals) mit noch 1036 Betten wurden im Laufe des Jahres 1896 eröffnet.

Der Krankenbestand am 1. Januar 1895 betrug 2513, der Krankenzugang während der beiden Jahre belief sich auf 16 847 und 22 273,

der Abgang durch Tod auf 3493, was nach der dort üblichen Berechnung der Sterbeziffer aus der halben Summe der Zugegangenen, Entlassenen und Gestorbenen einer Mortalität von *10,22*, bezw. *8,37* pCt. im Jahre entsprach. Von den 39120 neu Aufgenommenen litten 27253 (*691* von je 1000) an Scharlach, 8143 (*208* von je 1000) an Diphtherie, 1261 an Unterleibstyphus, 12 an Flecktyphus und 2451 an anderen Krankheiten; letztere Personen waren meist versehentlich diesen Heilanstalten überwiesen. Bezeichnend für diese Londoner Krankenhäuser ist es, dass nach einem die vier Jahre 1892—1895 umfassenden Ausweise von den 50510 daselbst behandelten Kranken 14462, d. h. etwa *29* von je 100, im Lebensalter bis zu fünf Jahren gestanden hatten, 20817, d. h. ca. *40* von je 100, im Alter von fünf bis zehn Jahren, und 9486 im Alter von zehn bis fünfzehn Jahren; es hatte also kaum der neunte Theil aller Kranken das fünfzehnte Lebensjahr überschritten, und ein Vergleich der Morbiditätsverhältnisse in solchen Krankenhäusern mit denjenigen in Deutschen allgemeinen Krankenhäusern würde sonach zu ganz unstatthaften Schlussfolgerungen Anlass geben.

Der erwähnten Englischen Quelle sei aber noch entnommen, dass den Pockenspitälern Londons während der letzten zwanzig Jahre (1877 bis 1896) nicht weniger als 43397 erwiesener Maassen an Pocken leidende Kranke — und 1345 Personen, bei denen Pocken nicht oder nicht mehr festzustellen waren — zugegangen sind. Nach dieser zwei Jahrzehnte umfassenden Statistik sind also in London jährlich 2170 Pockenkranke in den Krankenhäusern behandelt worden. Zieht man vergleichsweise in Betracht, dass nach der Deutschen Heilanstaltsstatistik von 1877 bis 1894 den allgemeinen Krankenhäusern des gesammten Deutschen Reiches 7729 Personen wegen Erkrankung an den Pocken zugegangen sind, darunter, wie ausdrücklich angegeben ist, manche mit Varicellen, dass also jährlich im Deutschen Reiche höchstens 429 Pockenkranke in Krankenhausbehandlung gekommen sind, so darf man, wenn auch zugegeben werden muss, dass hier wie dort viele eingeschleppte Krankheitsfälle zur Behandlung kamen, aus der Thatsache, dass allein in London fünf Mal so viele Pockenkranke als im ganzen Deutschen Reiche den Krankenhäusen jährlich zugegangen sind, den Schluss ziehen, dass die Schutzmassregeln gegen diese verderbliche Krankheit im Deutschen Reiche weit erfolgreicher als in England gehandhabt werden. Für andere Volkskrankheiten bietet die vergleichende Statistik der Krankenhäuser vorläufig nur ausnahmsweise ein verwerthbares Zahlenmaterial zur Beurtheilung ihrer Verbreitung.

---

## 3. Verwaltung.

Unter Mitwirkung von

Geh. Med.-Rath Dr. **Curschmann,** bearbeitet von Dr. **Eggebrecht** in Leipzig.

---

### Allgemeine Aufgaben und Ziele des Krankenhauses; Leitende Grundsätze für die Verwaltung.

Bei der Aufstellung leitender Verwaltungsgrundsätze für allgemeine Krankenhäuser ist neben der Einsicht in den Betrieb dieser Anstalten die Kenntniss ihrer Aufgaben und Ziele unerlässlich.

Die Aufgaben der Krankenhäuser sind einmal: die practisch-ärztlichen, soweit sie auf Behandlung, d. h. Heilung und Erleichterung der Kranken hinzielen; sodann allgemein humane und sanitäre im weiteren Sinne, wovon sich auch die socialen und volkswirthschaftlichen nicht trennen lassen.

In Hinsicht auf diese Ziele hat das Krankenhaus nicht nur die Aufgabe, für den einzelnen Kranken zu sorgen, sondern ganzen grossen Categorien der Bevölkerung, namentlich den minderbesitzenden Klassen, die Wohlthaten der Behandlung und Verpflegung in so ausgedehnter und vollkommener Weise zu gute kommen zu lassen, wie sie in häuslichen Verhältnissen unmöglich ist.

Es darf noch hinzugefügt werden, dass der heutige Stand des Krankenhauswesens sogar ein derartiger ist, dass auch der besser Situirte so gut und so vollkommen in gewissen Erkrankungsfällen das für ihn Nothwendige nicht ausserhalb des Krankenhauses beschaffen kann.

Daher kommt die mehr und mehr sich geltend machende Ausschliessung auch der höheren und pecuniär besser gestellten Kreise an das Krankenhaus.

Wenn nach diesen allgemeinen Erörterungen das specielle Thema behandelt werden soll, so wird unsere Arbeit lediglich dem allgemeinen Krankenhause gelten.

Was verstehen wir unter allgemeinem Krankenhause? Vor Allem ist die hier und da herrschende Idee zurückzuweisen, dass nur grosse

Krankenhäuser als allgemeine zu bezeichnen seien. Meist macht es sich freilich von selbst, dass die Erfüllung zahlreicher verschiedener Bedürfnisse in einer Anstalt grösseren Raum erfordert, immerhin können auch räumlich beschränkte Krankenhäuser allgemeine sein.

Dem Charakter des allgemeinen Krankenhauses entspricht es, dass den verschiedensten Disciplinen der ärztlichen Wissenschaft angehörige Erkrankungsformen dort Aufnahme finden. Chirurgische, innere, gynäkologische Fälle — Geburtshilfe ist mit gutem Recht fast allerwärts ausgeschlossen — finden sich im allgemeinen Krankenhause neben einander vertreten und bedingen nicht zum geringsten Theil die Schwierigkeiten der allgemeinen Verwaltung. In grösseren Städten und ausgedehnteren Anstalten sind mehr oder weniger vollzählig auch die Specialdisciplinen vertreten: Syphilis und Haut ganz gewöhnlich; leider heute noch in seltenerer Vertretung — Besserung in dieser Beziehung ist anzustreben — Ohren und Augenkrankheiten. Kinderabtheilungen müssen in grossen allgemeinen Krankenhäusern vorhanden sein und sind auch in kleineren Städten aus pecuniären Rücksichten oft mit mittelgrossen Anstalten verbunden; die Berechtigung specieller Anstalten sowohl für Kinder wie für die erwähnten Specialfächer und ihre Begründung als hervorragende Wohlthätigkeitsobjecte sind zweifellos nicht von der Hand zu weisen.

Die Aufgabe der folgenden Arbeit, nachdem dies vorausgeschickt, präcisirt, kann also nicht die sein, den Betrieb auf der einzelnen, einer speciellen Seite der Behandlung gewidmeten Abtheilung zu schildern, sondern die Grundsätze darzulegen, nach denen die Verwaltung aller zusammen, unter möglichst einfache, zweckmässige und auch nicht übermässig kostspielige Gesichtspunkte zu bringen ist.

## Die Organisation der Krankenhausverwaltung und mit ihr zusammenhängende Fragen.

Alle Krankenhäuser, mögen sie private, communale und staatliche sein, unterstehen einer Controle der begründenden Corporation oder der staatlichen, beziehungsweise communalen Behörde.

Aus der Natur und Art dieser Corparation oder Behörde, je nach Land, Staat, Staatsorganisation und Gesetzesform, ergeben sich Einzelgesichtspunkte bis zu gewissem Grad als individuelle Gesichtspunkte, die nicht Gegenstand allgemeiner Behandlung sein können, sondern von Fall zu Fall das Colorit der Organisation bestimmen. Die allgemeinen und überall gültigen Gesichtspunkte mögen die folgenden sein.

### Die Oberbehörde.

Die Oberbehörde bestimmt die allgemeine Organisation, setzt die in dieser Beziehung nöthigen Satzungen, Instructionen u. s. w. fest, sorgt für Ernennung und Ersatz des in der Anstalt thätigen ärztlichen und Verwaltungsbeamten-Personales, natürlich nur bis zu einer gewissen

Rangstufe, wesentlich also der Oberbeamten. — Sie überwacht den allgemeinen Betrieb und die Thätigkeit der leitenden Beamten; sie hat sich aber streng von Eingriffen, Beihilfe und Mitarbeiten in Bezug auf den gewöhnlichen Gang der Anstalt fern zu halten. Dies würde in die Competenz der leitenden Beamten eingreifen und sie entweder missmuthig und widerwillig machen, oder was noch schlimmer, das Gefühl ihrer vollen Verantwortlichkeit herabsetzen.

Im laufenden Betrieb ist die Direction des Krankenhauses absolut selbstständig. Sie übewacht und regulirt die Thätigkeit der ihr Untergebenen nach Maassgabe der gesetzlichen oder statutarischen Bestimmungen und sorgt dafür, dass alle laufenden Geschäfte mit grösster Pünktlichkeit, Präcision und gleicher Rücksicht für das öffentliche wie für das Krankenwohl sich erledigen.

Die Oberbehörde, auch Curatorium, Krankenhausdeputation, Aufsichtsbehörde und ähnlich genannt, wird meist aus Mitgliedern der communalen Behörden zusammengesetzt, also Magistratsbeamten und Stadtverordneten. In staatlichen Betrieben stehen von der Regierung ernannte Verwaltungsbeamte an der Spitze. In jedem Fall ist die Zuordnung des ärztlichen Directors zu dieser Oberbehörde dringend erwünscht und zwar nicht nur als mitberathendes, sondern auch als stimmführendes, also mit verantwortliches Mitglied bei allen Berathungen dieser Körperschaft. Auch erscheint uns seine Ersetzung durch den Stadtoberarzt oder eine andere ärztliche Persönlichkeit nur im Erkrankungsfalle statthaft. Ganz unvortheilhaft und direkt nachtheilig ist der gänzliche Ausschluss des ärztlichen Einflusses in dieser Oberbehörde, trotz scheinbarer oder gewünschter Erleichterung der Geschäfte infolge der Verminderung von Discussionen und Meinungsdifferenzen. Man darf es durchaus nicht als etwas schädliches und schlimmes bezeichnen, dass die verschiedenen Interessenten bei einem Krankenhausbetrieb ihre Sache in energischer Weise zur Geltung zu bringen suchen. Es liegt in der Natur dieses viel verzweigten Betriebes, dass die so ausserordentlich verschiedenen und sich geltend machenden Verhältnisse und Gesichtspunkte, Behörden und Personen und Interessen sich begegnen müssen, die oft nicht leicht zu einigen sind. Eine gute allgemeine Krankenhausleitung ist die Resultante der präcisen, energischen und selbstverständlich objectiven Geltendmachung der humanen, ärztlichen, öconomischen, verwaltungsrechtlichen und der vielen anderen Interessen des Krankenhausbetriebes. Eine Vertretung dieser verschiedenen Wünsche und Bestrebungen in der Oberleitung der Verwaltung kann nur als nützlich bezeichnet werden; so kann es auch für den mit der Leitung betrauten Beamten, besonders in grossen Betrieben, nur wünschenswerth sein, wenn eine kleinere Commission oder ein einzelnes von der Verwaltungsbehörde deputirtes Mitglied des Magistrats oder sonstigen Vertretung an einem gewissen Theil der Geschäfte beaufsichtigend, berathend und eventuell entscheidend sich betheiligt. Wir haben hierbei die grösseren finanziellen und wirthschaftlichen Geschäfte, Engros-Einkäufe, Bestimmungen der Heranziehung,

respective der Entlassung von Lieferanten, Abschluss grösserer Verträge, Pacht und Miethsverhältnisse im Auge.

Aus welchem Berufskreise dieser Decernent in Krankenhausangelegenheiten hervorgegangen ist, bleibt im Ganzen gleichgiltig; er darf nur nur nicht ein nach kleinlichen Gesichtspunkten urtheilender und unverträglicher Mann sein. Am ehesten zeigen sich die für einen so wichtigen Posten nothwendigen Eigenschaften, die Welterfahrung, vornehme Denkart und die Kraft, vielfache verschiedene Interessen zu vereinigen bei einem Grosskaufmann, der selbst die Geschäfte eines grossen Hauses mit seinen vielen Verzweigungen geleitet hat.

## Krankenhausdirector und Verwaltungsdirector.

Die Ansprüche an eine Krankenhausleitung liegen auf sanitärem und auf administrativem Gebiet. Zu jener gehören die eigentlich ärztlichen, wie Krankenbehandlung, Anleitung und Ausbildung des ärztlichen und pflegenden Personals und ihre Beaufsichtigung bei dieser Thätigkeit. In das Grenzgebiet ärztlicher und administrativer Functionen gehören die wichtigen und zahlreichen Forderungen der Hygiene, Fragen der Beleuchtung, Heizung, Lüftung, Wasserversorgung, ferner die der Desinfection und Reinigung überhaupt, wie speciell die Führung des Wäschereibetriebes, der Bekleidung etc., endlich Untersuchungen über Beleggrösse und -wechsel, Beurtheilungen des Ortes und der Art der Krankenunterbringung; Vorkehrungen für Epidemiezeiten und ähnliches.

Zur eigentlich administrativen Thätigkeit sind zu rechnen Errichtung und Instandhaltung eines geordneten Hauswesens, rationelle Wirthschaftsführung, wie etwa zweckmässiger und ausreichender Einkauf des nothwendigen Materiales und die Sorge für Verpflegung und Beköstigung der Krankenhausinsassen; ferner Zurichtung geeigneter Räume für Personal und Kranke. Endlich sind hierher zu zählen: Führung des Rechnungswesens und Verwaltung der Anstaltskasse.

Auch juristische Fragen giebt es für die Anstaltsleitung zu erledigen, da „heutzutage die Ansprüche der zu Behandelnden auf Rechten beruhen, welche durch Gesetz und Verordnung gegründet und festgelegt sind“. Die Krankenhausleitung muss auch Sachverständiger sein, „welcher im Stande ist, die Ansprüche der Berechtigten zu beurtheilen und sie in Einklang zu bringen mit den Interessen derer, welche für die Unkosten der Anstalt aufzukommen haben“ (Merkel).

Es ist nicht wunderlich, dass bei dieser Mannigfaltigkeit und bei diesem Umfang der Krankenhausaufgaben die Wahl einer geeigneten Persönlichkeit schwierig ist und dass sowohl in Wirklichkeit wie in theoretischer Untersuchung das Problem der zweckmässigsten Form der Krankenhausleitung umstritten und sehr verschieden gelöst ist.

Ohne die nicht geringen, durch die Verschiedenheit örtlicher und historischer Einflüsse und — wie Merkel in einer kleinen, aber erschöpfenden Studie hervorhebt — der Anstaltszwecke und des Anstalts-

charakters bedingten Mannigfaltigkeiten in Betracht zu ziehen, sollen hier nur die folgenden Arten der Competenzvertheilung besprochen werden.

Zunächst ist zu erörtern, ob die Leitung eines so umfangreichen Betriebes, wie eines Krankenhauses, in die Hand Eines Mannes gelegt werden soll oder ob eben wegen dieses Umfanges und der Verschiedenheit der Betriebszweige eine Spaltung und Theilung der Leitung förderlicher erscheint.

Bei der Zweitheilung, also bei Uebertragung der ärztlichen Functionen an einen Arzt und der Verwaltungsgeschäfte an einen Verwaltungsbeamten, wird jeder auf Selbstständigkeit in seinem Ressort und auf Nebenordnung und Gleichberechtigung in allgemeinen Dingen dringen. Der Ausgleich bei diesen Bestrebungen kann allein durch die Oberbehörde erfolgen und es wird „je nach den Personen das Uebergewicht nach der einen oder andern Seite sich hinbewegen“ (Buchwald).

Wer nur einigermaassen die Verhältnisse unter diesem Regime kennt, weiss, wie trotz noch so scharfer Trennung der Machtbefugnisse Competenzconflicte entstehen und wie schwer sie, die immer von Nachtheil für die Institution sind, bei dem Ineinandergreifen der Betriebstheile sich auch vermeiden lassen. Es giebt eben in einem Krankenhaus eine nicht geringe Anzahl Geschäfte, welche jeder, der Verwaltungsbeamte und der Arzt, zu seinem Geschäftsbereich rechnet und seinen Einfluss bei ihrer Erledigung einzusetzen strebt. Dadurch wird aber die Erledigung dieser strittigen Aufgaben der „Grenzgebiete“ erschwert, die Entwickelung von Missständen erleichtert, die Möglichkeit der Abhilfe wenigstens nicht verringert, die Ausführung der Aufgaben nicht selten auch kostspieliger. Es besteht bei der Coordination der Oberstellungen Gefahr für den einheitlichen Charakter der Anstalt.

Um nun diesen Unzuträglichkeiten entgegenzutreten, hat man an vielen Orten einem der beiden Leiter officiell einen grösseren Einfluss in der Verwaltung eingeräumt, oder auch, da man den Verwaltungsoberposten wohl sparen konnte, aber nicht den Arzt, die Leitung der Verwaltungsfunctionen ganz dem Arzt übertragen.

Hat aber ein Verwaltungsbeamter das Directorium inne, so wird wenigstens in öconomischen Betriebsfragen der ärztliche Einfluss dem administrativen leicht untergeordnet und es werden überhaupt die Gesichtspunkte der Verwaltung ungebührlich in den Vordergrund gerückt. Dadurch leiden die ärztlich-sanitären Bestrebungen naturgemäss sehr oft, ja sie müssen vielfach leiden gegenüber den Verwaltungszwecken, trotz der Eigenart des Spitalwesens.

Deshalb und aus Sparsamkeit ist man in einigen Communen zur Uebertragung der Verwaltungsfunctionen an einen Arzt geschritten; man hat ihn zum Krankenhausdirector gemacht, der ebenso die administrative wie die ärztliche Leitung selbstständig und verantwortlich besorgt. Dies ist nun in kleinen Anstalten mit gutem Willen ohne weiteres möglich, nicht aber in grösseren. Da wachsen die Aufgaben für den Arzt und für den Verwaltungsbeamten zu sehr, wie dies auch Merkel über-

zeugend nachweist. Der Arzt kann neben seinen gesteigerten ärztlichen Pflichten die des Verwalters, wenigstens nicht mit alleiniger Verantwortung erfüllen.

An sich halten wir die Befähigung des Arztes und die Ausbildung seiner Fähigkeiten für die leitenden Verwaltungsstellen nicht für geringer als die anderer Berufe, speciell der juristischen. Eher kann man vom Gegentheil sprechen, da an Vielseitigkeit und Verantwortlichkeit der ärztliche Beruf kaum von einem anderen erreicht wird. Wir verlangen allerdings wie Hitzig, dass der Arzt und speciell der leitende seine Fähigkeiten für administrative Thätigkeit übe und dass diese Seite bei ihm schon als Assistenzarzt ausgebildet werde; er soll sich mit den Krankenhausverwaltungsangelegenheiten vertraut machen. „Er soll nicht den einseitigen ärztliehen Standpunkt hervorkehren, sondern die aus demselben erwachsenden Pflichten mit denjenigen des Verwaltungsbeamten zu vereinigen suchen".

Wir halten die Interessen des Arztes an einer guten Verwaltung im Krankenhause für identisch mit denen nach guten ärztlichen Bedingungen für die Kranken. Es ist eine Täuschung, von Interessengegensatz und -verschiedenheit zwischen beiden Ressorts zu sprechen. Das persönliche Interesse des Arztes an seinem einzelnen Kranken, der ihm „die jeweilig besten Verhältnisse zu schaffen sucht", und das unpersönlichere Bestreben des Verwaltungsbeamten, das Jahresbudget nicht zu überschreiten und der Erfolg im Ganzen durch Zurückbleiben unter den gezogenen Grenzen kann vollkommen vereinigt werden. Unseres Erachtens geschieht das am ehesten und besten durch folgende Lösung der Organisationsfrage.

Das Directoriat im Krankenhaus hat ständig ein Chefarzt inne. Ihm zur Seite steht der oberste Verwaltungsbeamte, der jenem im allgemeinen Betrieb unterstellt ist; von der eigenen Verantwortlichkeit und Selbstständigkeit im öconomischen Ressort ist der Verwaltungsbeamte aber nicht entbunden.

Die Vortheile der Vertheilung der Machtbefugnisse sind einerseits die Wahrung der einheitlichen Krankenhausleitung, andererseits die Entlastung des Directors von allzu grossen Pflichten. Da dem Arzte, als Director, jederzeit Einblick in die wirthschaftlichen Verhältnisse der Anstalt gesichert — was schon Merkel fordert —, ist es ihm möglich, direct oder indirect „bestimmenden Einfluss auf die Vorgänge in der Verwaltung" zu haben. Der Umstand, in der augenblicklichen Geschäftslage und dem Vermögensstande einen Maassstab bei der Aufstellung und Durchführung ärztlicher Forderungen und Wünsche bei der Krankenpflege und -Behandlung, der Anschaffung neuer Heilmittel, dem Uebergang zu neuen Heilmethoden, zu haben, nicht minder aber bei der Vertretung der Anstaltsbedürfnisse bei der Oberbehörde, muss dem Director von allergrösster Wichtigkeit sein.

So allein kann die auch von uns energisch vertretene Forderung Hitzig's durchgeführt werden: „Alles ärztliche Handeln geschehe immer

mit Rücksichtnahme auf den wirthschaftlichen Effect". Denn so bewahrt man „die geldbewilligenden Behörden am ehesten davor, in das Extrem der zu grossen Sparsamkeit zu verfallen".

Wir nehmen aber dem ärztlichen Director die in grossen Betrieben nicht zu bewältigende Verpflichtung einer ausschliesslichen Verantwortung für die Vorgänge der Gesammtverwaltung. Die wird dem obersten Verwaltungsbeamten auferlegt. Durch häufige, jederzeit mögliche mündliche Verständigungen und immer zu erhaltende Informationen über den Stand des Etats, durch tägliche Vorlage wichtigerer Ein- und Ausgänge und durch gemeinsame Besprechung der Pläne werden die Interessen der ärztlichen und der öcenomischen Leitung vereinigt. Die jedem Ressort nothwendige Selbstständigkeit bei der Geltendmachung seiner Bestrebungen bleibt aber gewahrt. Vor allem kann die Stimme der Sachverständigen, des Arztes sich geltend machen „bei jeder Aenderung im Betriebe, mag sie nun die Kost oder die Wäsche oder ein neues Desinficiens betreffen". Die Leitung auf dem Schlachtfeld, auf dem fortwährend gekämpft wird, dem Krankenhause, liegt in einer Hand, die von uns immer wieder gewünschte Einheitlichkeit des Betriebes ist gewahrt.

Aus demselben Grunde soll ein ständiger Chefarzt das Directoriat einnehmen; das Amt soll nicht jahrweise unter mehreren Oberärzten wechseln; die dadurch nothwendig bedingte Erschütterung der Geschäftsführung muss vermieden werden.

Durch die Directorialfunctionen gewinnt der betreffende Oberarzt keinen Einfluss auf ärztliche Maassnahmen der anderen Oberärzte. In diesen bleibt ein jeder in seiner Abtheilung selbstständig. Ihr Verkehr mit der Verwaltung erfolgt aber nur durch den Director, dem dadurch die Fäden des Betriebes in die Hand gegeben werden.

In der Mehrzahl der allgemeinen Krankenhäuser ist der Oberarzt der inneren Abtheilung der Krankenhausdirector; mit Recht scheint uns dies Amt ihm übertragen zu werden, und nicht dem Oberarzt einer Specialabtheilung. Denn in sein Gebiet fallen die hauptsächlich für das Gemeinwesen wie für das Krankenhaus in Betracht kommenden Krankheiten,, die zu Zeiten epidemischen Charakter bekommen. Er hat die grössten Erfahrungen in Fragen der praktisch angewandten Bakteriologie; an ihn treten bei Epidemien die Aufgaben der Behandlung der Erkrankten und der zu schützenden Hausinsassen. Der Chirurg vermag heute die chirurgischen Infectionen durch seine überaus erfolgreiche Methodik fast mit Sicherheit zu unterdrücken, jedenfalls in ihrer Wirkung auf die anderen Krankenhausinsassen; er legt auch gar nicht mehr den grossen Werth auf äussere Maassnahmen, z. B. auf Vertheilung der Kranken, wie früher, wozu heutzutage noch der innere Arzt gezwungen ist. Dieser muss ferner täglich Fragen der Beköstigung fast jedes Einzelnen seiner Kranken lösen: kurz aus allen diesen Ursachen nehmen wir für den inneren Arzt die Directorfunction in Anspruch.

Fast allgemein ist dem Oberarzt die ärztliche Thätigkeit ausserhalb des Krankenhauses nur für die Uebernahme von Consiliärpraxis gestattet,

um seine Kraft den Anstaltskranken zu erhalten; andererseits sollen seine Erfahrungen auch dem übrigen Publikum zu Gute kommen.

Der oberste Verwaltungsbeamte führt den Titel Oberinspector oder Hausverwalter, Verwaltungsdirector oder einen ähnlichen ihn in seiner Stellung charakterisirenden Namen.

Es ist zweckmässig wie auch nur billig, diesen, wie die andern fest an die Anstalt gebundenen Angestellten als städtische oder staatliche Beamte mit Anspruch auf Jahrgeld und Pension zu halten.

Dem Verwaltungsdirector untersteht die Leitung des gesammten öconomischen Betriebes, sowohl die Erledigung der laufenden Geschäfte seines Ressorts, wie auch die Ausführung specieller chefärztlicher oder obrigkeitlicher Anordnungen und Bestimmungen. Nur in kleineren Anstalten wird er neben der Beaufsichtigung des Ganzen selbst einen Specialtheil der Betriebsgeschäfte übernehmen können, also etwa der Kassirer sein, oder ähnliche Functionen ausüben. — Seine Hauptthätigkeit bildet die Beaufsichtigung und Verbindung der einzelnen Theile der Verwaltung des Hauses, vor allem auch der bureaudienstlichen Geschäfte.

## Der Bureaudienst.

Die Theile der Bureaugeschäfte sind das Secretariat mit der Registratur und der Protokollatur und die Expedition, welche Kasse und Buchhalterei umfasst.

In dem Secretariat wird die grosse Menge der schriftlichen Arbeit erledigt, welche dem Krankenhaus aus dem enormen Umfang des Versicherungs- und Kassenwesens und den dadurch geschaffenen Aufgaben besonders in unserer social bewegten Zeit erwachsen sind. Ein grosser Theil der Arbeit betrifft die Aufklärung der Zahlungsverpflichtungsverhältnisse, die Zustellung der Forderungen des Krankenhauses an die Zahlungspflichtigen und die Durchführung aller damit zusammenhängenden Fragen. Um in dieser Beziehung den Sachverhalt festzustellen, werden von den Protokollanten bei jedem Aufzunehmenden, wenn dies möglich ist, nach Aussagen der Kranken oder der sie begleitenden Personen die Personalien festgestellt. Die Lücken dieser Angaben werden durch spätere Feststellungen auf der Krankenabtheilung durch den Kranken selbst oder durch schriftliche Herbeiziehung von Aussagen der Verwandten u. s. w. ausgefüllt, immer mit der Tendenz, die Zahlungs- und Geldverhältnisse jedes Einzelnen klarzulegen.

Auch liegt dem Secretatiat die genaue Listenführung der Zu- und Abgänge ob, welche den Kassenberechnungen, den Verpflegungsfeststellungen zu Grunde gelegt werden, wie überhaupt den Forderungen des Unterhaltes der Krankenhausinsassen.

Endlich ist das Secretariat auch verpflichtet, den Standesbeamten, der Polizei und anderen behördlichen Institutionen die erforderlichen Notizen über Geburten, Todesfälle, ansteckende Erkrankungen und ähnliches zu geben.

In dem Secretariat werden durch alle die genannten Arbeiten die Unterlagen für die Aufstellung des jährlichen Etats und für die Abfassung des Jahresberichtes gewonnen. Dass dieser Jahresbericht möglichst eingehend abzufassen ist, ist ein berechtigter Wunsch sowohl der vorgesetzten Behörden, wie der Aerzte und des Publikums. Der Zweck der Berichte ist ja ein Urtheil über alle Vorgänge zu bekommen, wie auch den Gang der Verwaltung kennen zu lernen, die Einrichtungen und Maassnahmen des Hauses zu erfahren. Nur so lassen sich feste Maximen für die Leitung von Krankenhausverwaltungen gewinnen. Leider sind die Mittheilungen kleiner und kleinster Krankenanstalten recht schwer zu haben und doch sind sie für das Gesammtbild des Krankenhauswesens nothwendig. Es sollte auch ein möglichst reger Austausch der Jahresberichte unter den Krankenhausdirectionen des In- und Auslandes statthaben.

Die Krankenhauskasse empfängt meist aus communalen oder staatlichen Hauptkassen nach einem bestimmten von der Oberbehörde festgesetzten Etat einen monatlich oder in kürzerem Zeitraum zu erhebenden Betrag. Mit diesem wird der laufende Haushalt geführt und die täglichen Ausgaben bestritten. Meist gilt die Bestimmung, dass nur Rechnungen bis zu einer gewissen Höhe von der Krankenhauskasse beglichen werden; darüber hinaus brauchen sie zu ihrer Begleichung der Unterschrift des oberbehördlichen Decernenten.

Die Kasse im Hause empfängt auch die Beiträge an Verpfleggeldern von Privaten und Kassen.

In vielen Communen ist zur Entlastung des Hauses oder zur Centralisirung des Stadtkassenwesens die Kasse dem Krankenhaus genommen; man lässt die Ein- und Auszahlungen in den Hauptkassen ausserhalb des Krankenhauses erfolgen. Durch den Fortfall der schriftlichen Rechenarbeiten, der Buchführung, der Mahnungen an säumige Zahler, kurz der ganzen erfahrungsgemäss beim Hereinbringen der Verpflegungskosten nicht geringen Arbeit erleichtert man den Krankenhausbetrieb nicht unwesentlich.

Zweckmässig wird an die Hauskasse die Verwaltung von Unterstützungsfonds und Stiftungsgeldern angeschlossen, deren Vertheilung und Verwendung meist Sache des Oberarztes oder auch einer besonderen statutarisch eingesetzten Person ist.

Von ganz bedeutender Wichtigkeit halten wir die Möglichkeit des täglichen Einblickens nicht nur in diese Nebenkassen, sondern auch in die Gesammtfinanzlage des Hauses. Nur so ist eine sparsame und dabei eine möglichst günstige Verwendung der Geldmittel möglich.

Die Buchhalterei wird nach denselben Prinzipien wie in jedem kaufmännischen Betrieb geführt. Sie stellt die Belege über sämmtliche Ausgaben zusammen und bucht sie. Sie berechnet auch die Verpfleg- und anderen Kosten der Kranken und gesunden Insassen des Hauses.

Alle diese — hier nur ganz kurz — skizzirten bureaudienstlichen Geschäfte muss der Verwaltungsdirector beaufsichtigen; es ist klar,

dass bei einigermaassen ausgedehnten Anstalten ihm specialistisch ausgebildete und geschulte Hilfskräfte in genügender Anzahl untergeben werden müssen.

### Der Inspector.

In grösseren Anstalten, in denen die Bureauthätigkeit den Verwaltungsdienst viele Stunden des Tages beansprucht, ist die Anstellung eines ihn im äusseren Betrieb vertretenden Beamten nothwendig. Dieser hat speciell die Beaufsichtigung und Anleitung des Anstaltspersonales zu regeln, die Arbeitszutheilung an Handwerker, Waschfrauen, Wärter u. s. w. zu besorgen; zweckmässigerweise wird ihm die Erledigung der Personalfragen, der Anstellungen und Entlassungen, Vertretungen, Beurlaubungen, Ausgangserlaubniss und ähnlichen Vorkommnisse übertragen. Daneben hat er für die Beköstigung, Bekleidung und Unterbringung des zahlreichen Personales zu sorgen.

Infolge dieser Personalkenntnisse wird dieser Beamte auch verwendet, um den laufenden Verkehr zwischen Aerzteschaft und Verwaltung des Hauses aufrecht zu erhalten. Er kann auch die Voruntersuchung und vorläufige Abstellung von Klagen und Beschwerden von Seiten des Personales wie der Kranken bewirken.

An ihn gehen auch mündliche und schriftliche Anfragen des Publikums, ferner mögen auch die Meldungen bei den besonderen kleineren Vorkommnissen, die in einem so grossen Betrieb nicht zu umgehen sind, und Wirthschafts- und Aufsichtsangelegenheiten im Haushalt betreffen, an diesen Beamten gelangen. Kurz, er soll die Vertretung des ordnenden und regelnden Prinzipes in dem grossen, viel bewegten Betrieb sein, in welchem jeder Angesteltte belastet und von den mannigfachsten Forderungen in Anspruch genommen wird. Natürlich bedarf die Stellung eines ganz besonders besonnenen und umsichtigen Mannes.

### Thorhüter und Hausdiener.

Die Functionen eines grossen Theiles der Angestellten soll hier nicht abgehandelt werden, da sie sich aus den unten noch zur Besprechung kommenden Zweigen des Betriebes ohne weiteres ergeben. Es soll hier nur die Thorhüter- und Hausdienerfrage zur Erwägung herangezogen werden.

Fast durchweg ist die Forderung der Abschliessung des Krankenhauses von der Stadt und von benachbarten Grundttücken durchgeführt worden; auch über die Nothwendigkeit einer sorgsamen Controle der Ein- und Ausgänger wird nicht gestritten. Doch hat sich diese nicht auf die oberen Verwaltungsbeamten und Aerzte zu erstrecken, für welche etwa in einem Buch die Ein- und Ausgänge verzeichnet werden sollten; dringend nothwendig ist sie aber für die Kranken und für das Personal und für den Verkehr dieser mit dem Publikum. Wir sind zwar sehr

eingenommen für die Controle der Oeffentlichkeit bei einem, das ganze Publicum so interessirenden Institut, wie es ein Krankenhaus darstellt; doch soll sie sich auf geordnetem und erlaubtem Wege bewegen. Ebenso wird die Fürsorge von Verwandten der Kranken für diese nur auf eine vom behandelnden Krankenhausarzt gekannte und gebilligte Weise zur Geltung kommen müssen.

Aus diesen Gründen heraus wird das Publikum in den Besuchsstunden des Hauses controlirt. Meist liegt diese undankbare, difficile und zuverlässige Beamte erfordernde Aufgabe in den Händen der Thorhüter, wenn nicht vorgezogen wird, diese Beaufsichtigung gebildeteren Beamten zu übertragen.

Auch die Personen, welche Kranke ausserhalb der ein- oder zweimal in der Woche gewährten Besuchsstunden sehen wollen, unterliegen dieser Controle. Der Besuch unterliegt ferner der schriftlich zu gebenden Erlaubniss des Stationsarztes und der Verwaltung.

Verbote der Nahrungseinschmuggelung sind am Hauseingang und an der Krankenabtheilung deutlich anzubringen. Die Geschenke an leichten Nahrungs- und Genussmitteln gänzlich zu verbieten, erscheint zu hart, da ärmeren Leuten kaum ein anderes Mittel, den Angehörigen im Krankenhause eine Freude zu machen, zu Gebote steht. Damit aber die Kranken durch Unkenntniss und Unerfahrenheit kein Schaden zugefügt werde, sollen diese Geschenke von den Besuchern, wie von den Kranken selbst, der Oberpflegerin der Abtheilung oder dem Arzte vor dem Genusse gezeigt werden.

Meistens wird der Pförtner, der neben diesen Functionen keine anderen haben und in regelmässigen Abständen von einem zweiten und dritten Thürhüter abgelöst werden sollte, aus der Reihe der Hausdiener genommen.

Die Hausdiener besorgen die Männerkräfte erfordernden Verrichtungen im Haushalt, so bei Reinigungen, Transporten, Speisevertheilung, Leichendienst etc. Für die zahlreichen, specielle Sachkenntnisse erfordernden Thätigkeiten, wie die Baderei, elektrischen Betrieb, Maschinenwesen, Gärtnerei u. s. w., werden besonders in grösseren, modern eingerichteten Anstalten, speciell in diesen Fächern ausgebildete Männer angestellt werden müssen. Immerhin wird man versuchen, in diesem Punkte Ersparnisse zu machen. Sie allerdings zum Pflegedienst heranzuziehen, wenn sie zu andern Stunden des Tages in einer anderen Art beschäftigt werden, halten wir prinzipiell für falsch. Denn einmal muss die Gefahr der Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten auch in diesen scheinbaren Nebensächlichkeiten bekämpft werden; ausserdem darf der Wechsel der Beschäftigungen auch im Interesse der Ausbildung als Krankenpfleger nicht vorgenommen werden. Es ist keine Frage, dass gerade bei weniger Gebildeten die Empfänglichkeit für die feineren Eindrücke, die für den Verkehr mit Kranken so wichtig sind, durch gröbere Beschäftigungen, wie etwa durch den Leichendienst, leidet.

## Handwerker.

Die Möglichkeit, Ersparnisse in der Anstellung des Personales zu machen, liegt vor allem auch bei der Verwendung und Stellung der Handwerker im Hause. Naturgemäss werden Handwerker zur Ausführung vieler laufender Arbeiten und bei der Instandhaltung des Inventars und der Gebäude oft in einem grossen Krankenhaushalt in Anspruch genommen. Um deshalb ein möglichst dauerndes Handwerkerpersonal zu gewinnen, verpflichtet man sie fest zu Accordarbeit oder verbindet die Tischlerei, Klempnerei, Schmiede u. s. w. fest mit dem Wirthschaftshof und lässt gegen Tagelohn arbeiten. Sie können dann in Zeiten, in denen keine Handwerkerarbeiten vorliegen, zu Hausdienerarbeiten herangezogen werden; andererseits werden die bei den Hausdienern und ähnlichen Angestellten vorhandenen ausgebildeten Handwerker gelegentlich zu Arbeiten ihrer Profession herangezogen. „Der Anstalt erwächst nicht nur durch Anstellung derartiger Kräfte ein ganz bedeutender finanzieller Vortheil, sondern es ist auch sonst die Möglichkeit gegeben, geübte Heizer, die bei den (modernen) Feuerungs- und Heizungsapparaten unbedingt nothwendig sind, in den Sommermonaten zu beschäftigen und somit überhaupt im Dienst zu behalten" (Friedrichshainer Jahresbericht. 1880. pag. 8).

Dieser Grundsatz, Angestellte nicht nur in einem einzigen Betriebszweig zu beschäftigen, sondern auch gelegentlich an anderen Stellen, ist möglichst überall durchzuführen, soweit die Hygiene keinen Einspruch erhebt. Es können z. B. kränkliche oder reconvalescente Pflegerinnen bei weiblichen Nebenbeschäftigungen, Nähen, Plätten, Ausbessern verwendet werden.

Was die Wohnungsverhältnisse der Krankenhausangestellten der genannten Gruppen anlangt, so sollen nur diejenigen Dienstwohnungen erhalten, deren dauernde Anwesenheit im Hause nothwendig oder sehr erwünscht ist. Am besten erhalten sie diese Wohnungen in den Häusern des Wirthschafshofes, die in unmittelbarer Verbindung mit dem Krankenhausgelände stehen. Am zweckmässigsten werden sie in gemeinsamen Häusern untergebracht. So kann am ehesten die nothwendige Abtrennung der nicht zum Krankenhausverbande gehörenden Familienmitglieder dieser Angestellten durchgeführt und z. B. vermieden werden, dass die Beamtenkinder im Krankenhausterrain spielen, Störungen verursachen und sich selbst gefährden. Gesunde gehören nur in soweit in das Krankenhaus, als sie sich pflichtgemäss mit Kranken abzugeben haben. Auch werden auf die genannte Art und Weise allein Durchstechereien zu Gunsten der Kranken oder der Angestellten vermieden.

Die Beköstigung erfolgt für das Personal durch die Krankenhausküche; zweckmässig ist zur Vermeidung von Unterschlagungen, die Familien der Angestellten gegen Entgelt oder gegen Berechnung beim Ge-

halt aus der Krankenhausküche mitzuverpflegen. Gewöhnlich werden sie einer besonderen Verpflegklasse oder auch der Klasse der Vollration zugerechnet.

## Seelsorger und Lehrer.

Von den in Nebenämtern der Krankenanstalt thätigen und dabei wichtige Dienste leistenden Personen seien hier der Seelsorger und der Lehrer erwähnt.

Es liegt nur im Interesse einer geschickten Krankenhausoberleitung, dass zwischen Aerzten und Geistlichen im Krankenhause Entgegenkommen und gegenseitige Unterstützung herrsche. Der Geistliche repräsentirt einen Theil der Oeffentlichkeit, des öffentlichen Gewissens und der öffentlichen Controle in einem Institut, wie es das Krankenhaus darstellt, das wegen der nothwendigen Einschränkung der persönlichen Freiheit nicht geliebt, sondern meist durch den Zwang der Obrigkeit oder der letzten Noth aufgesucht wird.

Um das nothwendige gegenseitige gute Einvernehmen aber aufrecht zu erhalten, ist es dringend nöthig, dass die geistlichen Handlungen nur im Einverständniss mit den ärztlichen und administrativen vorgenommen werden. Das ist auch am vortheilhaftesten für den Kranken, den Gegenstand der Sorge beider.

Es soll sich also der Seelsorger vor der Abhaltung der geistlichen Handlungen, Abendmahl, Gottesdienst, Trostspende, mit dem Arzt ins Einvernehmen setzen; bei ärztlichen Bedenken in die Zurechnungsfähigkeit oder in die körperliche oder seelische Kraft des Kranken sollten die geistlichen Maassnahmen unterbleiben. Andererseits darf Arzt und Verwaltung dem Verlangen eines Kranken nach geistlichem Trost nicht entgegentreten.

Es ist nur menschlich, für die Anhänger der verschiedenen Religionsgemeinden Geistliche an die Anstalt heranzuziehen. So sehr es verboten ist, Kranke zu kirchlichen Handlungen, besonders auch Andersgläubiger nöthigen zu wollen, so sehr ist die Fernhaltung des gewünschten geistlichen Trostes zu verdammen: ein Krankenhaus ist keine moralische Erziehungsstätte, höchstens eine hygienische Schule für das Volk.

Ganz zweckmässig ist es, dem Geistlichen zu gestatten, die Krankensäle in einem festgesetzten, den Aerzten und der Verwaltung bekannten Turnus zu besuchen, um Abendmahlsfeiern oder ca. $^1/_2$stündliche Andachten u. s. w. abzuhalten, und zwar immer zu einer ausgemachten Stunde. So werden Störungen des ärztlichen oder wirthschaftlichen Betriebes und des Gottesdienstes am ehesten vermieden.

Der sonntägliche Gottesdienst für Kranke, Beamte und Dienstleute der Anstalt wird ebenfalls zu festgesetzten, bekanntgemachten Stunden abgehalten, am besten in einem besonders dazu gebauten Raum. Die Kranken besuchen ihn nur mit ärztlicher Erlaubniss, damit Erkrankungen durch Ansteckung möglichst vermieden werden. Für die Kranken und

Pflegerinnen der Stationen der ansteckenden Krankheiten muss der Gottesdienst, wenn gewünscht, auf den Krankensälen abgehalten werden. Vor dem Besuch derartiger ansteckender Räume muss der Geistliche von dem Charakter der Seuche natürlich unterrichtet werden.

Man hat auch vorgeschlagen, zur Verringerung der Infectionsgefahr Gesangbücher ganz zu vermeiden, und nur kleine, wenige Lieder enthaltende, geheftete Büchelchen in den sonntäglichen, gottesdienstlichen Versammlungen auszutheilen. Diese wenig kostbaren Heftchen können häufiger durch Verbrennen vernichtet werden.

Damit der Geistliche zu Sterbenden schnell herbeieilen kann, sollte er in der Nähe des Krankenhauses wohnen oder jedenfalls telephonisch mit diesem verbunden sein.

Beerdigungen und Taufen Unbemittelter führt der Anstaltsgeistliche auf Rechnung des Krankenhauses, des Armenamtes oder einer anderen Behörde aus.

In grösseren Krankenhäusern mit stark belegten Kinderstationen wird zweckmässig ein Elementarlehrer angestellt. Bei den oft Monate lang wegen leichterer chirurgischer Leiden behandelten, schulpflichtigen Kindern erweist sich eine gewisse Anleitung zur Beschäftigung und zu leichter geistiger Arbeit als sehr wünschenswerth. Die Kinder verlieren den eben gewonnenen geistigen Besitz nicht gänzlich und fühlen die Beschäftigung mit den ersten Elementen der Bildung eher als Zerstreuung und Wohlthat als eine Fessel. Sehr empfehlenswerth schien uns auch auf der Kinderabtheilung gerade die Pflege des Gesanges durch den Lehrer. Bei den kleinen Feierlichkeiten in der Baracke, z. B. beim Weihnachtsaufbau, lässt dann der kleine Chor seine Stimmen mit Genugthuung hören.

Wo es an Mitteln zur Anstellung eines Lehrers fehlt oder auch neben dem Lehrer kann man jüngeren und älteren Damen die Beschäftigung auf der Kinderabtheilung gestatten, ihnen den Unterricht und die Gesangspflege überlassen. Ihre allmälig wachsende Erfahrung auf diesem Gebiet kommt dem Krankenhaus oder der Umgebung der Damen im eigenen Hause wieder zu Gute.

### Stellung der Assistenzärzte zur Verwaltung.

Was die Beziehungen der Verwaltung zu den ärztlichen Angestellten des Krankenhauses betrifft, so ist zunächst zu betonen, dass Volontär- und Assistenzärzte allein ihrem Chefarzt unterstehen; die Verwaltung hat keine Disciplinargewalt über sie, wie auch diese keine über Verwaltungsbeamte haben.

Bei dem Festhalten dieses Standpunktes wird eine grosse Zahl der Schwierigkeiten vermieden, die sonst gar zu leicht eintreten.

Bei der Anstellung zum assistenzärztlichen Dienst wird der junge Arzt ja wohl meist von einem Vertreter der Stadt oder des Staates, je nach dem Charakter der Anstalt, verpflichtet, nachdem der Chefarzt ihn vorgeschlagen hat. Nach der Anstellung sollen weder die städtischen

Behörden noch die Verwaltung des Hauses eine Gewalt über ihn haben. Diese hat allein der Chefarzt, der zugleich die alleinige Verantwortung für ihn hat. Er könnte sie nicht tragen, wenn die dienstliche Thätigkeit des Assistenten dem Ermessen und der Beeinflussung anderer Factoren unterläge. So sind naturgemäss auch Militärärzte während ihres Commandos an eine Civilkrankenanstalt dem Chefarzt derselben unterstellt.

Allerdings halten wir es für die Ausbildung des ärztlichen Pflichtgefühles für unrichtig, dem Assistenzarzt, der schon unter dem Schutze der Krankenhauseinrichtungen thätig ist, das Bewusstsein seiner vollen Verantwortung für sein ganzes Thun und Lassen irgendwie zu mindern. Auch wird die Verantwortung re ipsa vor dem Gesetze durch die Stellung im Krankenhause nicht verringert; es handelt sich ja um approbirte Aerzte, die weder vom Chefarzt noch von der Verwaltung z. B. bei Ansprüchen Kranker vor Gericht entlastet oder vertreten werden können.

Infolge dieser Unterstellung unter den Chefarzt hat dieser allein — unter seiner Verantwortlichkeit — über die Dauer der Anstellung und Entlassung, über Urlaubs-, Vertretungs- und andere Fragen, die die Assistenten betreffen, zu bestimmen.

Das Maass der Machtvollkommenheit, die dienstlichen Obliegenheiten, wie überhaupt die Einzelheiten in dem Verhältniss des Arztes zur Verwaltung und umgekehrt, sind meist durch bestimmte Dienstinstructionen fest geregelt. Uebergriffe des Arztes wie der Verwaltung in die Thätigkeitssphäre des Andern werden so am ehesten vermieden. Trotzdem kommen sie in einem grossen Krankenhausbetrieb bei der engen Berührung beider leicht und häufig und auch unbeabsichtigt vor. Die genannten beiden Factoren bethätigen sich eben in Kreisen, die denselben Mittelpunkt haben, den Kranken. Klagen und Beschwerden beider über einander sollen durch den Director gehen; zwischen den Forderungen des einen nach Sparsamkeit und des andern nach Erfüllung der zahlreichen Wünsche bei der Behandlung und Pflege seiner Kranken hat der ärztliche Director zu entscheiden. Von einem verständigen Director werden eben Aerzte und Verwaltungsbeamte geleitet und erzogen. Am ehesten werden sie es aber, wenn der Verwaltungsbeamte in Erkrankungsfällen auf einer Abtheilung verpflegt und behandelt wird, und wenn andererseits der Assistenzarzt nach Einarbeitung in den ärztlichen Theil seiner Thätigkeit (die ja immer das Hauptfeld für seine Thätigkeit bleiben soll und muss) obligatorisch sich mit dem ganzen Verwaltungsbetrieb bekannt machen muss. Nach und nach lernt er die einzelnen Zweige und die Kosten und Schwierigkeiten des Betriebes aus eigener Anschauung kennen.

Die Vortheile dieser Ausbildung im Krankenhausverwaltungsdienst — sie sollte zu seiner Gesammtausbildung gehören — für den Arzt, mag er Praktiker werden oder in der Krankenhausthätigkeit bleiben, sind immer gross und segensreich. Ganz besonders werthvoll wird die vertiefte Kenntniss von dem Krankenhauswesen für den, der so vorgebildet an eine leitende Stelle kommt. Die Klage über Mangel an

Krankenhausdirectoren, die ebenso tüchtige Verwaltungsbeamte als gute Aerzte sind, würde bald verstummen.

Der Einfluss des Assistenzarztes auf den Gang der Verwaltung und in Besonderheit auf die Ausgaben ist sehr gross. Man denke nur an die Diätverschreibungen, Arzneiverordnungen, den Verbandmaterialverbrauch, die Reagentienverwendung und ähnliche Dinge, ganz abgesehen von der Controlthätigkeit des Assistenten bei der Aufnahme und von seinem Einfluss bei der Entlassung der Kranken.

Damit die Verwaltung einen Maassstab für die thatsächlichen Verhältnisse auf jeder Abtheilung hat und zugleich das Augenmerk des Directors auf unberechtigte Verschwendung und übermässige Verwendung aller Stationsbedarfsmittel lenken kann, hat sich folgende Maassregel bewährt, die der ärztliche Leiter des Leipziger Stadtkrankenhauses getroffen hat. In 10tägigen Abständen werden ihm Listen vorgelegt, auf denen die in diesem Zeitraume auf der Station verbrauchten Dinge (Verbandzeug, Medicamente, Reagentien etc.) zusammengestellt sind, ferner enthält eine Rubrik die Zusammenstellung der verordneten Kostformen, Extradiäten und Zusätze; ferner die Extrawachen, den Wäscheverbrauch, die Zahl der Ordinationen, unter denen besonders Morphium, Aether und einige besonders kostspielige Arzneien. Als Maassstab ist die Zahl der Patienten, welche zur Zeit auf der Station sind, angegeben. Die dem Apotheker, dem Küchenchef oder einem andern hier in Frage kommenden Beamten durch ihre Grösse aufgefallenen Posten werden besonders angemerkt.

Durch diese Zusammenstellungen kann der Chef jederzeit einer aus Gutmüthigkeit oder Unaufmerksamkeit oder in Folge des dauernden Wechsels der Stationskranken ja leicht eintretenden Verschwendung in den genannten Dingen entgegentreten, da die Uebersicht möglich gemacht ist. In dringenden Fällen mögen kostspielige Extraverordnungen, für die die Unterschrift des Oberarztes eingeholt werden müsste, auch ohne diese von der Verwaltung ausgeführt werden; doch bleibt dann dem Assistenzarzt die Verpflichtung, die nachfolgende Billigung des Chefarztes einzuholen; werden seine Anordnungen, weil übertrieben, nicht gebilligt, so müsste er für sie Zahlung leisten.

Was die Zahl der nothwendigen ärztlichen Kräfte in einem allgemeinen Krankenhaus betrifft, so wird ein Assistenzarzt auf 80—100 Kranke der inneren Abtheilung, auf 75—90 der chirurgischen und auf 120 bis 150 Kranke der dermatologischen Abtheilung gerechnet. Bei diesem Umfang der ärztlichen Thätigkeit bleibt allerdings für wissenschaftliche Arbeiten recht wenig Zeit und Kraft übrig; wenn diese durch den Charakter des Krankenhauses wünschenswerth oder nothwendig erscheinen, muss die Zahl der auf einen Arzt zu rechnenden Kranken erheblich herabgesetzt werden.

Die Verwaltung verlangt im Interesse der fortdauernden Krankenbehandlung und -beobachtung, dass die Assistenzärzte im Krankenhause selbst wohnen und ihre Thätigkeit ausschliesslich den kranken Insassen

widmen sollen. Dafür wird den Aerzten fast überall „freie Station" gewährt, also unentgeltlich überlassene Wohnung mit Beleuchtung, Mobiliar und Bettwäsche, ferner Beköstigung und Bedienung. An vielen Krankenhäusern wird auch ein mehr oder weniger reichlicheres Taschengeld zugebilligt. Eine zu weit getriebene Sparsamkeit, auch in diesem Punkte, bei der Anstellung und Versorgung der Assistenzärzte, mögen wir nicht vertheidigen. Immer hat es sich zweckmässiger erwiesen, nicht nur die gerade zum Leben nothwendigen Calorien in der täglich zu reichenden Nahrung zu gewähren. Mon sollte nicht nur dem Magen das eben Nothwendige reichen, sondern noch etwas mehr, was der Stimmung und Arbeitsfreudigkeit zu gute kommt. Aus einem gleichen Grunde befürworten wir auch bei Klagen über zu häufiges oder zu langes Ausgehen der Assistenzärzte — selbstverständlich sollte ihre dienstfreie Zeit keiner Controle unterliegen —, die Ursache in einer gewissen Vernachlässigung der Beköstigung oder der übrigen Lebenshaltung zu suchen. Wir stehen nicht an, als das beste Mittel, die jüngeren Herren zu Hause zu halten, darin zu empfehlen, die Lebensverhältnisse im Hause behaglicher und anziehender zu machen, so weit, wie es nur bei nicht zu grossen Ansprüchen angängig erscheint. Man gebe den wirklich meist mit Arbeiten und Verantwortlichkeiten aller Art beladenen Herren, die in Folge ihres Alters doch berechtigte Ansprüche an das Leben stellen, nicht nur eine Reichlichkeit und Abwechslung der Speisekarte, wie sie in anderen Berufen als übertrieben gelten müsste, sondern man hebe die Annehmlichkeiten des Krankenhauslebens, wie in englischen und amerikanischen Hospitälern, durch einen gewissen Comfort der Lebenshaltung, durch Gewährung eines Casinolebens mit Bibliothek und Lesezimmer, Billard, Bäder, gut eingerichtete Wohnungen.

Ueber verschiedene Pflichten und Obliegenheiten, die die Assistenzärzte zu befolgen haben, wird bei der Schilderung einzelner Betriebszweige abgehandelt werden.

### Verwaltung und Warte- und Pflegepersonal.

Nicht gering ist das Interesse der Verwaltung an einem zuverlässigen, opferfreudigen und geschulten Pflegepersonal. Das Thun und Lassen dieses Factors im Krankenhausbetriebe beeinflusst die Ausgaben und gesammten Wirthschaftsverhältnisse ganz besonders. Auch die Erfolge der ärztlichen Thätigkeit sind direct von der Qualität des Wartepersonales abhängig, nicht minder das Behagen der Kranken selbst.

Trotz dieser anerkannten Wichtigkeit des Pflegepersonales hören wir aller Orten Klagen einerseits der Verwaltungen über das Personal und andererseits der im Pflegeberuf stehenden Personen über ihre gesammten Lebensverhältnisse im Krankenhause. Dabei sinkt bei uns in Deutschland das Angebot an solchen, welche sich dem Pflegeberuf im Krankenhause widmen wollen, immer mehr: der Zuwachs gar aus ge-

bildeten oder besser gestellten Kreisen zum eigentlichen Pflegeberuf ist fast vollkommen aufgehoben. Es besteht aber auch ein zu grosses Missverhältniss zwischen der socialen Stellung der Wartepersonen und den grosse Anforderungen an diesen Stand; an grossen Anstalten, besonders also in grossen Städten, werden die Uebelstände ganz besonders sichtbar.

Im Folgenden sollen in aller Kürze die Aufgaben einer geordneten Krankenhausverwaltung diesen Angestellten gegenüber betont und vor allem die Stellung des Wartepersonales in einem Krankenhause erörtert werden. Da, wo man dem Pflegepersonal eine seiner Bedeutung angemessene Stellung gegeben hat — wir haben besonders Amerika im Auge — wird auch weniger über seine Qualität geklagt.

Es kommt vor allem auf die Hebung der socialen Verhältnisse und so auf die Aufbesserung des ganzen Standes an.

Die Auswahl der zum Pflegeberuf sich im Krankenhaus meldenden Personen sei recht streng: gescheiterte Existenzen, moralisch Defecte, gänzlich Ungebildete, die im Krankenhause als Pfleger Zuflucht suchen, sind nicht anzunehmen. Nicht geringere Berücksichtigung verdienen die gesundheitlichen Verhältnisse, das Lebensalter, die Heredität, frühere Erkrankungen und andere nur von ärztlicher Einsicht zu erörternde Punkte.

Im Interesse der Pflegethätigkeit — wie auch der Stellung des ganzen Standes — ist weiterhin die Entlastung des Pflegepersonales von der groben Arbeit durch Beigabe von Dienstmädchen, Hausdienern nothwendig; wie überhaupt die an und für sich schon schwere und fast überall überlastete Pflegearbeit, soweit als möglich von den nicht eigentlich zur Pflegethätigkeit gehörenden Arbeiten zu reinigen ist.

Auch der Pflegedienst selber muss durch genügende Anstellung von Personen, Gewährung angemessener Urlaubszeiten, vor allem aber durch eine strenge Trennung von Tages- und Nachtdienst erleichtert werden. Daneben ist durch auskömmliche Bezahlung, Pensionsgewährung, Aussicht auf Aufnahme und Verpflegung in einem Pfründenhaus nach bestimmter Dienstzeit die Stellung zu heben; nicht minder in Beköstigung und Wohnung und allen sonstigen Lebensbedingungen das Angemessene zu gewähren. Das geschieht am leichtesten durch die Gründung von Dienstwohnungshäusern, oder Pflegerheimen, wie sie in Amerikanischen Anstalten zu finden sind.

Auch für den Fall der Erkrankung oder Schädigung oder dauernden Invalidität muss eine humane Verwaltung ihr Pflegepersonal sicher stellen. Nun ist nach dem Wortlaut des Gesetzes der staatlichen Alters- und Invaliditätsversicherung das Krankenpflegepersonal nicht versicherungspflichtig und hat kein Anrecht auf Rentenbezug erworben. Man muss sich also durch Gründung einer Kasse, Pensionskasse, oder durch Einkaufen in eine Kasse helfen (durch Abzug eines Beitrages vom Gehalt, Einzahlungen aus Strafgeldern, Zuschuss durch Legate, Stadt- oder Staatsbeihülfen), so dass das Pflegepersonal bis zur Heilung freie Kost und Verpflegung erhalten kann.

Auch sorge man für eine tüchtige, berufliche Ausbildung, wie sie am besten in einer Krankenwärterschule gegeben werden kann, die mit dem Krankenhaus vereinigt werden müsste.

Wir halten also eine gewisse Strenge bei der Auswahl und Ausbildung des Personales für unbedingt nothwendig, daneben aber eine weit comfortablere Lebensstellung der im Dienst befindlichen Angestellten, als wie sie jetzt durchweg geboten wird, für erwünscht. Der Stand muss nach aussen und innen durch sicht- und greifbare Erfolge und Belohnungen verschönt werden; die Haupterfolge der Thätigkeit des Pflegepersonals werden diesem selbst nicht zugerechnet, sondern meist dem Arzt, der sie auch fast allein richtig schätzen kann. Auch giebt es keinen Stand, der grössere Entsagung und Aufopferung, daneben strengere Zucht und Verzicht auf Freiheit verlangt.

Nur durch die Gewährung der erwähnten Verbesserungen wird eine Krankenhausverwaltung in den Besitz eines guten Personales kommen.

Ob die Pflege von männlichen oder weiblichen Angestellten versehen werden soll, ist eine weitere Frage. Gewisse Vorzüge vor dem andern und gewisse Nachtheile gegen das andere hat jedes der beiden Geschlechter im Pflegeberuf. Unter geeigneter Leitung und Ausbildung können die Vorzüge gehoben und die Nachtheile gemindert werden. Die schweren, Frauenkräfte übersteigenden Arbeiten werden zweckmässigerweise Krankenpflegern, Hausdienern etc. übertragen, so der Kranken- und Leichentransport, wie überhaupt das ganze Transportwesen im Krankenhaus (Heizungsmaterial, Essen) ferner der Dienst in der Desinfectionsanstalt, im Laboratorium, Apotheke. Von dem Pflegedienst im engeren Sinne gehört die Delirantenbeaufsichtigung und die Ueberwachung anderer männlicher unruhiger Kranker ohne Frage zur Thätigkeit des männlichen Pflegepersonales; desgleichen der Dienst bei gewissen im Charakter der Erkrankung begründeten Ausnahmen. Im allgemeinen aber bevorzugen wir die Pflege, welche in weiblichen Händen liegt.

Eine andere die Krankenhausverwaltungen interessirende Frage ist die, ob das Pflegepersonal einheitlich sein soll, ob es nur von einer Art sein soll, nur Pflegerinnen, die keiner Genossenschaft angehören oder andererseits nur solche aus einer einzigen. Man hat bei einheitlichem Personal den Vorzug, nur Angestellte einer Ausbildung zu haben. Andererseits sehen wir in der Concurrenz verschiedenartiger Genossenschaften, weltlicher und geistlicher Verbände, nur ein Moment gegenseitiger Förderung und Erziehung. Auch besteht die Möglichkeit, beim Versagen der einen die andern zu verwenden. Es muss allerdings gefordert werden, dass die besseren und verantwortlicheren Stellen allein nach Maassgabe der Tüchtigkeit vergeben werden und im Uebrigen eine Gleichstellung unter einander gelten soll, nicht nur der verschiedenartigen Vereine und Verbände unter einander, sondern auch der weiblichen und männlichen Angestellten. So ist es eine Ungerechtigkeit, bei Verwendung von Schwesterschaften und einem Verbande nicht angehörigen Pflegerinnen, die Oberpflegestellen nur an Angehörige ersteren Verbandes zu vergeben. Die Aussicht, an

erste Stellen zu kommen, darf Niemandem verschlossen oder verkümmert sein.

Nach dem Ausbildungszustand werden allgemein mehrere Stufen des Pflegepersonales unterschieden. Man spricht von ersten oder Ober-, zweiten oder Hilfs- und dritten Pflegern oder Pflegerinnen. Ihre Verwendung soll hier nur kurz angedeutet werden.

Die erste Pflegerin ist die verantwortliche Leiterin der Abtheilung in Abwesenheit des Arztes, dessen Anordnungen sie ausführt. Sie ist die eigentliche Pflegerin der Kranken und Beaufsichtigerin des übrigen Personales, führt die Listen etc.

Die zweite Pflegerin ist die Stellvertreterin der Ersten in Behinderungsfällen, wird von ihr im Pflegedienst unterwiesen. Ihr liegt gemeinhin die Besorgung der Apotheker-, Ess- und Trinkwaare und der Pflegeutensilien ob, soweit sie nicht im regelmässigen Dienst der Krankenstation zugeführt werden. Meist wird ihr auch die Vertheilung der Speisen zu den Essenszeiten übertragen.

Die dritte Pflegerin ist mehr zur Besorgung der unteren, nicht zum eigentlichen Pflegedienst gehörenden Verrichtungen angestellt, zur täglichen Reinigung der Krankenräume und der Nebenräume, der Utensilien, wie Unterschieber und des anderen Krankengeschirres. Zweckmässig wird aber die Reinigung des Ess- und Trinkgeschirres einer anderen Pflegerin übergeben. Ihr liegt auch meist die Besorgung der reinen Wäsche aus der Wäschekammer ob, wenn zu diesem Zwecke nicht besonderes Personal angestellt ist.

Sehr wichtig ist die Principienfrage, wem dieses Pflegepersonal unterstellt sein soll. Bei unserer Forderung einer einheitlichen Leitung des Hauses unter einem ärztlichen Director wird die Frage nach der Unterordnung ja hinfällig. Bei dem jetzigen Zustand der Doppelregierung giebt gerade die Stellung des Pflegepersonales, das eben theils zum ärztlichen, theils zum administrativen Dienst gehörende Functionen ausübt, ungemein leicht Conflicte. Das ist ja fraglos, eine nicht durch Streitfälle befangen gewordene Verwaltungsleitung thut gut, in allen Veränderungen, mögen sie Gehaltserhöhungen, Gratificationen, Beförderung oder Beurlaubungen und alle die anderen den dienstlichen Gang in der Abtheilung berührende Fragen betreffen, den Stationsarzt oder den Oberarzt zuvor zu hören. Störungen sind sonst unausbleiblich und die Kosten bezahlt allein der Kranke. Wenn man dem Assistenzarzte keine Disciplinargewalt einräumen will, so gebe man sie jedenfalls dem Oberarzt und der Verwaltung.

Recht vortheilhaft ist es, in der Person einer erfahrenen, ruhigen, älteren Pflegerin dem Pflegepersonal, welches keiner Genossen- oder Schwesterschaft angehört, eine gewisse Vertretung für ihre Wünsche bei der Direction zu geben. Diese Oberpflegerin schafft nicht nur dem Pflegepersonal in vielen Fällen eigener Nöthe Rath und Hilfe, sie kann auch für die Ausbildung der Jüngeren verwendet werden. Sie kann durch Aufklärung und Rathschläge viele Beschwerden der einen über

andere Pflegerinnen beseitigen. Sie ist auch zur Aufrechterhaltung der Disciplin äusserst verwendbar, kann nächtliche Controlgänge bei den wachthabenden Pflegepersonen vornehmen. Sie kann endlich der Verwaltung bei der Verwendung der Pflegerinnen, bei Beförderungen und Belohnungen u. s. w. durch nicht unwichtige Aufklärungen sich verdient machen. So wird sie zu einer wichtigen Mittelsperson zwischen Pflegerschaft und Verwaltung.

Was die nothwendige Zahl der Pflegerinnen anlangt, so wird bei uns in Deutschland im Durchschnitt wohl auf 10 Betten eine Pflegerin gerechnet, auf eine Durchschnittsstation von 26—30 Kranken also etwa 3 Pflegerinnen. Gegenüber diesem bei uns nicht selten noch viel ungünstigeren Zahlenverhältniss mag man sich vergleichsweise erinnern, dass in England und Amerika schon für 5 Kranke und weniger eine Pflegerin angestellt wird.

## Verwaltung und Apotheke.

Was die Arzneibeschaffung und -lieferung in Krankenhäusern betrifft, so hat sich als bei weitem am zweckmässigsten, wenigstens in einigermaassen grösseren Krankenhäusern, die Errichtung einer allen gesetzlichen Ansprüchen gewachsenen Apotheke im Hause selbst erwiesen. Auch ist die Anstellung eines eigenen fest angestellten Krankenhausapothekers anzustreben, der eine Dienstwohnung im Krankenhause selbst erhalten sollte.

In kleineren Krankenhäusern hat man sich durch die Anstellung von geprüften weiblichen oder männlichen Gehilfen und durch Einrichtung von Dispensiranstalten zu helfen gesucht. Die stark wirkenden Arzneien werden meist auch unter diesen Verhältnissen von einem approbirten Apotheker bezogen. Als eine dritte Möglichkeit ist die Uebergabe der Apothekenarbeiten an einen ausserhalb des Krankenhauses wohnenden und thätigen Apotheker anzusehen, entweder an einen bestimmten Apotheker des Ortes ein für alle mal oder auch mit der Bestimmung, dass die Uebernahme der Krankenhausapotheke in jährlichem Wechsel regelmässig unter den Apothekern des Ortes umgeht. Dies letzt genannte System ist gänzlich zu verwerfen; die Versuchung, nicht zum grössten Vortheil des Krankenhauses zu arbeiten, und die Gefahr einer Kräftezersplitterung ist zu gross.

In einigermaassen grösseren Krankenhäusern wachsen die Aufgaben der Apotheke beträchtlich. Neben den eigentlich pharmaceutischen Arbeiten, den Aufgaben bei der Instandhaltung eines umfänglicheren Apothekenbetriebes (Einkäufe im Grossen von Drogen, Arzneien, Glaswaaren, Chemicalien) liegt dem Apotheker ob, die bei der Krankenuntersuchung nothwendigen Reagentien einzukaufen und zu prüfen, an Stationen und Laboratorien zu vertheilen: dabei überall den Anforderungen der schnell fortschreitenden Wissenschaft gegenüber sich gerüstet zu halten.

Aus Gründen der Ersparniss ist es ganz zweckmässig, dem Oberapotheker monatliche Prüfungen der Stationsmedicamenten- und Reagentienschränke zu übertragen. Hier sammeln sich erfahrungsgemäss zu viele Flaschen an, mit unbrauchbarem und verdorbenem Inhalt.

Sehr vortheilhaft ist es auch, dem Oberapotheker die Apparate zur Prüfung der Thermometer zu übergeben und die monatlichen Prüfungen dieser wichtigen, dabei so oft trügerischen Werkzeuge vornehmen zu lassen.

In unserem grossen Leipziger Krankenhause hat es sich sehr bewährt, dem Apotheker, nach Erlangung der Kenntnisse und Ablegung des Examens, die Functionen eines vereidigten Lebensmitteluntersuchers zu übertragen. Bei etwaigen Streitigkeiten der Verwaltung mit Lieferanten, bei Vergiftungsfällen, Verfälschungen ist die Gegenwart einer competenten Kraft von grösstem Vortheil.

Ohne auf die Apothekenordnung und die Einzelheiten des Apothekendienstes einzugehen, sei hier nur betont, dass eine Krankenhausapotheke allen Forderungen des Gesetzes untersteht.

Zweckmässig wird die Ablieferung der Ordinationen an die Apotheke, wie auch die Abholung der Arzneien von der Apotheke an eine feste Zeit gebunden; am besten geschieht beides stationsweise zu bestimmten Dienststunden. Man achte ganz besonders darauf, dass der Transport der Arzneimittel nicht durch Leichtkranke oder gar durch Kinder, sondern ausschliesslich durch Pflegepersonal oder bestimmte Hausdiener erfolge. Auch sollen Arzneien nur gegen ärztliche Verordnungen ausgefolgt werden; eine Ausgabe, wie sie etwa dem Handverkauf entspricht, darf nicht bestehen. Auch lasse man gerade im Apothekenbetriebe nicht die nur für den Augenblick bequeme Zettelwirthschaft einreissen, sondern richte Ordinationsbücher für die einzelne Station ein.

Nicht unerwähnt bleibe, dass auch in der Apotheke ein Tages- und Nachtdienst eingerichtet werden muss, wodurch allein die Erledigung plötzlich nothwendiger Verordnungen garantirt ist.

## Der öconomische Theil der Verwaltung; Beschaffung der Materialien; Magazinverwaltung; landwirthschaftlicher Betrieb; Bekleidungswesen.

Zur Befriedigung ihrer zahlreichen und verschiedenartigen Bedürfnisse, die auch quantitativ durch die wechselnde Inanspruchnahme des Hauses einem erheblichen Wechsel unterliegen, muss die Krankenhausverwaltung gut unterrichtete und erfahrene Beamte haben.

Die allgemeinen Grundsätze bei der Beschaffung der Materialien, bei ihrer Magazinirung und Verwendung sind allgemein kaufmännischer Natur und bedürfen bis auf wenige Einzelheiten keiner besonderen Besprechung. Aber auch in diesen Einzelfragen der Verwaltung muss die Hygiene ihr ausschlaggebendes Urtheil aussprechen.

Im Allgemeinen wird man versuchen grössere Mengen einzukaufen und zwar zu Engrospreisen. Hierdurch und durch den im Charakter

der Anstalt liegenden Wechsel der Bedürfnisse ist die Anlegung von Magazinen und die Anstellung eines geschulten Lagerverwaltungsbeamten bedingt.

Man hat so ein Lager für die Geräthschaften der Kanzleithätigkeit und des übrigen Schreibwerkes im Hause, in dem die Krankengeschichtsformulare, Kurventafeln etc. untergebracht werden.

Ferner muss ein Magazin für Bekleidung und für Leib- und Bettwäsche eingerichtet werden, an das zweckmässig eine Werkstatt für Schneiderei und Ausbesserei angegliedert wird.

Auch bedarf es eines Vorrathes an Verband- und Pflegemitteln, dem die Lagerungsutensilien beigegeben werden können. Dazu kommen alle auf die Befriedigung der Körperbedürfnisse bezüglichen Dinge; auch geht hier die Anfertigung von Verbandzeug durch Krankenhauspersonal unter Leitung eines chirurgischen Assistenten vor sich.

Ein anderes Lager enthält die bei der Beleuchtung und Heizung des Hauses nothwendigen Materialien (Kohlenschuppen).

In einem weiteren Vorrathsraum sind die bei der Beköstigung in Frage kommenden Nahrungs- und Genussmittel untergebracht.

Alle diese Magazine oder Niederlagen können getrennt oder vereinigt, von mehreren oder einem einzigen Verwaltungsbeamtem verwaltet werden. Zweckmässig erscheint es, das Nahrungsmitteldepot der Oberköchin, das Beleuchtungs- und Heizungsmitteldepot dem Obermaschinenmeister zu unterstellen. Nicht minder angebracht ist es, bei Einkäufen und Einrichtungen des Magazines von Mitteln zur Krankenpflege einen erfahrenen Assistenzarzt dem Verwalter beizuordnen. Bei der Besorgung, auch einfacher Gegenstände, selbst schon bei dem Einkauf von Filterpapier und Reagensgläsern werden beim Fehlen eines wirklichen Sachverständigen Fehler gemacht, wie viel mehr erst ganz grosse zu vermeidende Ueberkosten geschaffen, wenn es sich um Einkäufe complicirterer Apparate der Krankenpflege oder -behandlung handelt.

Was das Haus mit seinem Personal aus Rohstoffen und leicht zu verarbeitenden Materialien ohne zu grossen Aufwand herstellen kann, mag im Hause selbst hergestellt werden, so die Verbandmittel, wie Binden, Tücher, Mooskissen.

Es fragt sich, ob diese Selbstbeschaffung von nothwendigen Dingen auch auf landwirthschaftliche Erzeugnisse sich erstrecken, ob eine Hausverwaltung eines allgemeinen Krankenhauses auch Landwirthschaft treiben soll. Fast durchweg ist diese Verbindung als unzweckmässig erkannt und aufgehoben worden (von der Berliner Charité schon vor 50 Jahren). Einmal ist die Anlage und der Betrieb von Meierei und Käserei, der Gewinnung von Gemüse, Obst, Eiern und anderen landwirthschaftlichen Dingen an und für sich theurer als der Einkauf dieser Nahrungsmittel im Grossen; es schlägt aber auch die Verquickung dieser zwei grösseren Betriebe erfahrungsgemäss für die Verwaltung des Krankenhauses zum Nachtheil aus.

Nun ist neuerdings diese Frage in den Vordergrund geschoben, und

zwar deswegen, weil bei der Behandlung einer ganzen Anzahl von Krankheiten die Beschäftigung der Kranken in Feld- und Gartenarbeiten ärztlicherseits wünschenswerth erscheint. Durch die Gründung von Sonderkrankenhäusern für die in Rede stehenden Leiden ist aber für allgemeine Krankenhäuser die Frage gegenstandslos geworden. Man hat sich zum Wohl der überwiegenden Mehrzahl der Krankenhausinsassen, durchweg fast, zur Abschaffung der sehr losen Angliederung landwirthschaftlicher Betriebe entschlossen. Man begnügt sich mit angemessenen Gartenanlagen und sorgt dafür, dass in dem den Kranken zugänglichen Theil essbare Gemüse und Obstsorten nicht gebaut werden. Man lässt den Garten allein einen Erholungsplatz für die Kranken sein, in dem sie die unschätzbare Arznei der freien Luft geniessen können. Es sei hier noch ganz besonders auf die Pflege des Gartens an den Liegehallen und Veranden aufmerksam gemacht. Wenn ein solcher Garten auch keine Erträge liefert, so ist sein Nutzen durch indirecten Einfluss auf den Kranken und Genesende doch beträchtlich.

Bei der Erwähnung der Lagerverwaltung soll hier nun nicht die Art und Weise des Einkaufes der Vorräthe, auch nicht die Forderung genauer Inventarlisten und die Nothwendigkeit einer zeitgemässen Auffrischung der Bestände besprochen werden. Es soll hier nur kurz der Verkehr zwischen Magazin und Station gestreift werden.

Die laufenden Stationsbedürfnisse werden von den Magazinen nach Maassgabe des aufgestellten Haushalts in einer bestimmten Weise befriedigt; wobei durch Unterschrift des Magazinverwalters und der ersten Pflegerin einer Station Ausgabe und Empfang in einem dazu bestimmten Stationsbuch notirt wird. Diese etatsmässige Ausgabe soll an bestimmten Wochentagen zu festgesetzten Stunden erfolgen. Die Bedürfnisse der Station speciell an einzelnen Krankenpflegeartikeln, wie Verbandzeug u. s. w. müssen behufs Ausfertigung durch den Magazinverwalter erst vom Stationsarzte unterschrieben werden; so lange sie im Rahmen des Etats bleiben, werden sie dann auch geliefert. Ausseretatmässige Forderungen müssen die Unterschrift des Oberarztes tragen, ehe sie erledigt werden.

Natürlich muss der Verkehr zwischen Station und Magazin schriftlich erfolgen; alle Anschaffungen und Verausgabungen werden gebucht. Durch genaue Listenführung über den Bestand sichert man sich gegen Diebstahl und Unterschlagung.

Es ist unzweckmässig, an das Krankenhauspersonal für dessen eigenen Bedarf — ohne ärztliche Unterschrift bei Erkrankungsfällen etc. — gewisse Pflegemittel und andere Dinge zum Engrospreis zu verkaufen. Der Magazininhalt darf nur für Kranke verbraucht werden; sonst kann man zu leicht vorschriftswidriger Verwendung des Vorrathes und Durchstechereien Vorschub leisten.

In diesen Vorrathsmagazinen werden nicht nur neue und ungebrauchte Utensilien untergebracht, sondern auch schon benutzte aufgehoben. Ehe diese letzteren dem Bestand einverleibt werden — was in

regelmässigen Zeiträumen stattzufinden hätte — müssen sie einer gründlichen Desinfection und Ausbesserung unterzogen werden. Infolge dieses Umstandes sind an diese Magazine, wie schon erwähnt, die Werkstätten für Schneiderei und Wäscherei, Desinfection u. s. w. anzugliedern. Was die Reparaturen an Krankenpflegeartikeln und Instrumenten anlangt, so muss damit ein dem Krankenhaus beigeordneter Instrumentenarbeiter betraut oder ein bestimmter Lieferant hierfür verpflichtet werden.

Abgebrauchte und veraltete Dinge, sowie Abfälle sollen verkauft werden.

Recht zweckmässig ist es, an diese Depots von Krankenpflegemitteln eine Verleihanstalt anzuschliessen, welche von Privaten in Benutzung genommen werden darf. Es ist dieser Anschluss einer solchen Anstalt ohne Frage zeitgemäss und weit mehr zu begünstigen als gleichartige Unternehmungen privater Personen, da die Durchführung einer geordneten Reinlichkeit und Desinfection wie auch die nothwendige Vielseitigkeit der Sammlung so viel eher gewährleistet ist; auch kann in der genannten Art und Weise die nöthige Billigkeit der Leihgebühren viel leichter aufrecht erhalten bleiben.

Die Magazinräumlichkeiten sollen von den Krankenstationen oder -zimmern getrennt gehalten werden; auch die Beamten dürfen durchaus nicht auf die Krankenabtheilungen kommen. Diese Magazine werden im Wirthschaftstheil des Krankenhauses zusammen untergebracht. Trotz aller Fortschritte der Desinfectionslehre ist das Princip, das in dem bekannten Werk der Miss Nithingale zum Ausdruck kam, noch heute beherzigenswerth: Alles, was nicht unmittelbar in der Administration für den Kranken nothwendig ist, ist von ihm zu trennen und in besonderen Gebäuden unterzubringen, ohne dass dadurch die Verwaltung behindert wird.

Was nun die Verwaltung der einzelnen Niederlagen anlangt, so soll zunächst das Magazin für Bekleidungs-, Wäsche- und Lagerungwesen hier genannt werden.

Die Bekleidung der Kranken ist seit langen Zeiten als eine Pflicht der Krankenhausverwaltung angesehen worden. Die nothwendige Abtrennung von dem alten Leben ausserhalb des Hauses, auch in äusserlicher Hinsicht, mit seinen wohlthätigen Folgen für die Haltung des Kranken ist zu wichtig, als dass man hier Zugeständnisse an die Gewohnheiten machen sollte; die Gefahren der Krankheitseinschleppung in das Krankenhaus und andere Gefahren sollen hier nicht weiter aufgezählt werden. Man gebe den Kranken waschbare, nicht zu dunkele und zu helle, dabei genügend warme Kleider. Es ist nicht nöthig, den Angehörigen der einzelnen Abtheilungen bestimmt gefärbte oder sonst wie augenfälliger gezeichnete Kleider zu geben. Die Absicht, die Kranken bestimmter Art als solche zu markiren und zu trennen, ist nicht oder sehr schwer durchführbar, wenn das eben nur mit Hilfe der Kleider geschehen soll. Die Isolirung geschehe durch die Bauanlage und durch Verkehrsbestimmungen besonderer Art. So halten wir es auch für un-

angebracht, etwa die Kleider der erkrankten öffentlichen Dirnen im Krankenhaus besonders auszuwählen. Wozu diese unnütze Kenntlichmachung? Die Aufsicht soll die verschiedenen etwa zu trennenden Kranken von einander entfernt halten. Und was den Einwurf anlangt, dass wegen der Reinigung der Wäsche solche Auffälligkeiten erwünscht seien, so sollen eben alle Kleidungs- und Wäschestücke, ungeachtet der Krankheitsart ihrer Träger, ausgiebig und mit vollem Erfolg sterilisirt werden. Es genügt, wenn eine Kenntlichmachung erwünscht scheint, ein diskretes Anbringen eines einfachen feineren farbigen Streifens in der Wäsche oder im Futter der Kleidung.

Als Krankenhauseigenthum muss aber jedes dieser Stücke gekennzeichnet sein, so dass die häufigen Entwendungen oder Verwechslungen möglichst eingeschränkt werden; das geschieht am besten und nachhaltigsten ja durch Einweben des Krankenhausnamens in Wäsche, Kleider etc.

Der Vorrath an Bekleidungsgegenständen muss umfassen:

| A. Für Männer. | B. Für Frauen. |
|---|---|
| 1. Jacke und Hose, | 1. Jacke und Kleid, |
| 2. Mütze und Halstuch, | 2. Schürze und Halstuch. |
| 3. Schuh und Strümpfe, | 3. } wie bei A. |
| 4. Hemde und Taschentuch. | 4. } wie bei A. |

C. Für Kinder.

*α*) Für kleine Kinder:
  1. Hemdchen und Jäckchen,
  2. Windel, Wickeltücher und Unterlagen.

*β*) Für grössere:
  Wie bei A. resp. B. nach dem Geschlecht.

Entweder wird ein mittelstarker, für Sommer- und Wintertemperatur passender Stoff für Jacke und Hose gewählt; oder man gewährt für den Sommer Drillichhosen. Unterbeinkleider sind nicht unbedingt nöthig. Schlafröcke, Pantoffeln, Nachtmützen und alles sonstige zur sogenannten Bequemlichkeit gerechnete Bekleidungszeug halten wir für unangebracht und überflüssig, ja direct schädlich. Ueber Leute in Pantoffeln kann man schwer Disciplin halten; es ist auch die Selbstdisciplin bei Kranken, die sich in dieser Weise gehen lassen, seltener zu finden, und beides, Zucht und Selbstzucht am Krankenbette sind für die Stimmung und auch die Behandlung des Kranken von grosser Bedeutung.

Wollenes Unterzeug braucht nur in einzelnen Exemplaren für jede Station vorhanden sein, wo es nach ärztlicher Verordnung verabreicht wird; im Bette sollte es gar nicht getragen werden.

Was die Hosenträger anlangt, so ist es meist üblich, jedem Kranken zu überlassen, die eigenen zu gebrauchen, oder man giebt Riemen. Es wäre viel vortheilhafter, einfach construirte, leinene Hosenträger vom Magazin aus verabfolgen zu lassen.

Was die Schuhe anlangt, so halten wir niedrige Lederschuhe am

angebrachtesten und verwerfen die aus Segeltuch, Filz, Bindfaden als zu heiss.

Einen Unterschied zwischen Tag- und Nachthemden zu machen, ist nicht nöthig.

Die Wahl des Stoffes ist schwer nach wissenschaftlichen Grundsätzen anzugeben; die Entscheidung wird wohl meist durch Gesichtspunkte persönlichen Geschmackes und des Geldbeutels gegeben. Was die Ausstattung des einzelnen Kleidungs- und Wäschestückes anlangt, so soll mehr das Anbringen von Bändern als Knöpfen durchgeführt werden. Die Brauchbarkeit für Menschen verschiedener Körperform und auch für die Krankenpflege selbst wächst jedenfalls dadurch.

Im Allgemeinen werden alle Bekleidungsgegenstände in 3 Grössen hergestellt.

Das Einschleppen von Privatbekleidungsstücken muss, wie gesagt, streng untersagt und durch häufiges Controliren auf der Station hintangehalten werden. Allein die auf der Privatabtheilung befindlichen Patienten haben das Recht eigene Kleidung und Wäsche zu tragen, auf der allgemeinen Abtheilung nur auf ausdrückliche Erlaubniss des Chefarztes.

Von Bettwäsche und Lagerungsmitteln muss für das Bett eines Erwachsenen vorhanden sein:

1. Bettgestell,
2. Matratze und Schoner,
3. Bettlaken,
4. Kopfkeilkissen mit Bezug,
5. Ein weiches Kopfkissen mit Ueberzug,
6. Flanelldecke mit Ueberzug.

Von den Bettgestellen sind die eisernen am meisten zu bevorzugen; von den Matratzen die Stahlfedermatratzen mit auswechselbaren Einzeltheilen. Darauf kommt eine am besten 3theilige Matratze aus Seegras oder Rosshaar oder einem billigeren Ersatzmaterial. In allerletzter Linie und nur in Nothfällen greife man zu Strohsäcken.

Bettvorlagen, ferner die Federn zu Betten und Plumeaus sind am besten zu meiden. Die Zudecken mögen aus einer Fries- oder Flanelldecke bestehen, die zur kühleren Zeit durch eine zweite verstärkt wird.

Für Unterlagen aus Gummi und aus anderen Stoffen ist ebenfalls zu sorgen.

Was Tisch- und Wirthschaftswäsche anlangt, so sei hier erwähnt, dass Tischtücher nur in der Privatabtheilung anzuschaffen sind und dass auf den anderen Krankenabtheilungen Esatz durch waschbare Stoffe, etwa Linoleum, Wachstuch oder Aehnliches geschafft werden kann.

Bezüglich der Servietten ist zu bemerken, dass sie zwar zur Reinhaltung der Anzüge sehr werthvoll sind, fast nirgends aber ausgegeben werden. Die Wäschekosten wachsen durch diesen Gegenstand nicht wenig, wenn er in genügender Anzahl für alle Kranke angeschafft werden sollte. Man gebe aber jedenfalls an die Stationen, welche Schwerkranke oder Gelähmte oder andere in Frage kommende Kranke, aufnehmen sollen, einzelne Mundtücher zur Benutzung aus.

Die Handtücher auf den Stationen sollen in recht grosser Menge

verabfolgt werden; man nehme sie völlig weiss, nicht grau und gebe ihnen kein zu grosses Format; man wähle vielmehr lieber ein kleines und lasse diese recht oft wechseln.

Auch an anderer Wirthschaftswäsche auf den Abtheilungen und sonstwie im Hausgebrauch (Tücher zur Ess- und Trinkgeschirrreinigung, für Closet-, Unterschieber-, Uringlasreinigung, Waschlappen u. s. w.) lasse man gerade im Krankenhaus keinen Mangel eintreten, da hier die Reinigung von ganz besonderer Bedeutung ist.

Grosse Wichtigkeit ist den Ausbesserungen, dem Ausrangiren und dem Ersatz an Bekleidungs- und Wäschegegenständen beizulegen. Je besser die Wäsche von der Verwaltung gehalten wird, je seltener sie mit Löchern und je besser ausgeflickt sie auf die Abtheilung kommt, um so besser wird sie auch von den Kranken selbst gehalten.

Auf die Schonung aller Gebrauchsgegenstände und vor allem auch der Bekleidungs- und Lagerungsgegenstände muss die erste Pflegerin sehr achten. Die Kleider müssen beim Ausziehen sorgfältig geordnet auf einen Stuhl am Bett zusammengelegt oder an einen Haken, der in der Nähe des Bettes oder am Bett selbst befestigt ist, angehängt werden. Recht gut ist die Amerikanische Einrichtung einer besonderen Räumlichkeit an der Baracke, in der die Kleider an einem entsprechend der Bettnummer nummerirten Haken aufbewahrt werden, nachdem der Kranke sich zu Bett gelegt hat.

Ein gewisser, nicht zu umfänglicher, aber doch für gewöhnlichen Gebrauch ausreichender Wäschevorrath kann in jeder Krankenabtheilung gehalten werden; am besten ebenfalls wieder in einem bestimmten Nebenraum in einem Wäscheschrank. Bei dieser Einrichtung hat es die erste Pflegerin in der Hand an Patienten, welche erfahrungsgemäss schlecht mit dem Material umgehen, auch abgebrauchtere und ältere Stücke zu verabfolgen. Auch wird so natürlich die Lauferei zum Magazin eingeschränkt.

Was nun die Rückgabe der Bekleidungs- und Lagerungsgegenstände von Seiten der Station anlangt (sie sollen, wie schon gesagt, nicht direct wieder in das Magazin geliefert werden), so werden die Kleider beim Abgang oder Tod eines jeden Patienten an die Reinigungskleiderkammer gegeben, wo sie gereinigt, untersucht und ausgebessert werden. Erst darnach kommen sie in das Magazin. Der Transport der Kleider zur Kleiderkammer etc. erfolgt durch besonders dazu angestellte Hausdiener, nicht durch Pflegerinnen oder gar durch die Kranken selbst. Zum Transport werden Kleidersäcke benutzt.

Von dem Magazin werden einer jeden ersten Pflegerin auf die Station nach Bedarf und gegen eine Quittung Bekleidungsstücke verabfolgt. Diese Quittungskarten oder -scheine oder Büchervermerke werden bei der Rückgabe der Kleider an das Magazin gleichfalls zurückgegeben; hierdurch ist eine Controle genügend gewährleistet. Bei Verlegungen der Patienten von einer Abtheilung zur andern werden diese Karten ebenfalls mitgegeben. Es ist diese Art und Weise besser, als dass z. B. bei Verlegungen

der Anzug des betreffenden Patienten zurückbehalten oder gar gegen einen der neuen Station vertauscht wird. Denn bei dieser letzteren Weise des Austausches entstehen leicht Streitigkeiten, indem die eine Pflegerin die alten Kleidungsstücke gegen neuere und und ungebrauchte zu vertauschen sucht.

Während die Kleider bei dem Patienten möglichst während seines ganzen Krankenhausaufenthaltes bleiben und auch bleiben können, da sie bei genügender Achtung der Pflegerin und des Arztes rein gehalten werden können, so ist der Wäscheverkehr durch den viel häufigeren Wechsel verwickelter.

Aus der Wäscherei werden die gereinigten und fertiggestellten Wäschestücke vom Wäscheverwalter an die Abtheilungen gegen Quittung, welche in einem Wäschebuch vermerkt wird, abgegeben. Diese Wäscheausgabe erfolgt zu einer bestimmten Stunde an einem Tage oder an mehreren Wochentagen. Der Transport geschieht in Wäschekörben, die zweckmässigerweise verschlossen sind, und die zugehörige Abtheilungsnummer deutlich sichtbar tragen. Ein starker Wäscheverbrauch soll so leicht nicht getadelt werden, wenn er sich nicht in ganz unvernünftigen Mengen bewegt. In der Krankenabtheilung selbst darf weder die gebrauchte noch die reine Wäsche aufbewahrt werden. Die reine Wäsche mag in einem Schrank des Vorsaales in nicht zu grossen, aber auch nicht zu kleinen Mengen aufbewahrt werden. Die schmutzige wird nach dem Wäschewechsel sofort aus dem Krankenraum entfernt; am besten und raschesten geschieht dies, indem man sie durch eine Fallröhre in einen verschlossenen Kasten, der im Kellergeschoss steht, fallen lässt. Hier wird sie am frühen Morgen eines jeden Tages von einer Pflegerin gezählt, gesammelt und zu einem Wäscheballen zusammengebunden oder in einen eigens dazu gefertigten Sack gebracht, der die Nummer der Station und einen Verschluss trägt. Die so zur Abholung fertig gestellte Wäsche jeder Abtheilung wird Morgens von Hausdienern mittelst eines Wagens abgeholt und in die Ablieferungskammer der Wäscherei gebracht. Hier wird sie von einer Pflegerin der Station, von der sie gekommen ist, dem Wäschereibeamten vorgezählt und gegen Quittung abgegeben. Das Waschverfahren und die dabei benutzten Geräthe und Waschmittel sollen hier nicht näher erwähnt werden. Bedingung und Zweck sind die, dass einmal das Waschpersonal des Hauses nicht gefährdet und andererseits völlige Desinfection und Reinigung der Wäsche ohne Schädigung derselben erzielt wird. Nach der Fertigstellung der Wäsche (Rollen und Plätten) und selbstverständlich nach der Ausbesserung und Auslese kommt die Wäsche wieder auf die Station und zwar in einer der Ablieferungszahl entsprechenden Menge. Es wird also nur eine zweimalige Unterschrift des Wäscheverwalters und der Pflegerin nothwendig und zwar beidemal auf einem und demselben Lieferungszettel, der einmal Ablieferungs- und das andere Mal Empfangszettel ist. Es circulirt also im Wäscheverkehr auf den Abtheilungen und in der Wäscherei eine gewisse Anzahl von Wäschestücken. Dabei ist allerdings vorausgesetzt,

dass die Wäscheherrichtung stets in 24 Stunden fertig gestellt ist, so dass auf der Station der Bedarf befriedigt werden kann. Die Wäscherei entnimmt nur in so weit aus dem Magazin Wäsche, als sie unbrauchbar gewordene Stücke aus der circulirenden Wäschemenge entfernen muss. Direct hat also keine Station oder Krankenabtheilung aus dem Wäschebestand etwas zu entnehmen. — Die Wäsche ansteckender Kranker wandert auf den Stationen schon in verschliessbare, genügend grosse Blechkübel, in denen sie bis zur Abholung unter desinficirender Flüssigkeit (Carbolseifenlösung oder ähnliches) aufbewahrt wird. Solche Kübel stehen nicht nur auf den Infectionsabtheilungen, der Scharlach-, Masern-, Diphtherie-, Fleckfieber-, Pocken-, Cholerastation, sondern auch auf den Abtheilungen, welche z. B. Typhusfälle aufnehmen. Sie werden jeden Morgen von eigens dazu angestellten Hausdienern in die Desinfectionsanstalt oder in die Waschabtheilung für Infectionswäsche gebracht, hier gezählt und dann weiter behandelt. Die Infectionswäsche wird länger als die gewöhnliche Wäsche in Laugenlösung gewässert, ganz besonders sorgfältig gekocht und geplättet. Durch zuweilen vorzunehmende bacteriologische Untersuchungen kann die Sicherheit der Desinfection festgestellt werden. Wenn nun also auch die Infectionswäsche für desinficirt nach der Wäsche gilt, so ist es doch an vielen Krankenhäusern Sitte, sie nur wieder auf Infectionsstationen zu verwenden. Es muss also neben der grossen allgemeinen Wäscherei eine kleinere für Infectionswäsche eingerichtet werden. Man sollte dann aber consequent sein und wieder Scharlachwäsche von Masernwäsche und von Diphtheriewäsche etc. trennen. Wir halten aber eine Trennung der Wäsche nach der Desinfection und Fertigstellung für nicht nothwendig. Man muss nur dafür sorgen, dass das Wäschepersonal, welches die noch infectiöse Wäsche besorgt, ein anderes ist, als dasjenige, welches die nicht mehr infectiöse Wäsche herrichtet; und dieser Forderung lässt sich ja nachkommen. Ein Mittelstandpunkt ist der, nur die Diphtheriewäsche auch nach der Desinfection etc. für sich zu lassen und nur wieder nach der Diphtherieabtheilung auszugeben. Es handelt sich in diesem Falle fast ausschliesslich um Kinderwäsche und ihre Trennung und Behandlung von der übrigen Kinderwäsche ist ja nicht zu schwer durchführbar.

Auf der Abtheilung für Infectionswäscherei wird in vielen Krankenhäusern auch die Wäsche und Desinfection gebrauchter Bandagen vorgenommen.

Es mag hier noch erwähnt werden, dass der Verbrauch an Reinigungsmitteln (Soda, Seife etc.) nach dem Gewicht der Wäsche berechnet wird. Es muss also für die Aufstellung einer Waage im Wäscheraum gesorgt werden.

Eine strenge Dienstordnung für das Wäschepersonal, auch der Nahrungsaufnahme erst nach der Reinigung des Körpers, mit der Vorschrift, die Kleider vor dem Essen zu wechseln, und mit dem Verbot, während der Arbeit zu essen, ist dringend nothwendig.

Die Frage, ob die Wäscherei in dem Krankenhause selbst betrieben, oder ob die Wäsche zur Reinigung nach einer Wäscherei ausserhalb des Hauses gegeben werden soll, ist fast durchweg zu Gunsten der ersteren Art beantwortet worden. Die Gewähr einer gründlichen Reinigung und Desinfection, ferner einer schonenden Behandlung, endlich auch einer möglichst geringen Gefährdung der bei der Wäschebeförderung und -reinigung Angestellten ist jedenfalls im Krankenhaus am meisten gegeben. Gerade dieser letzte Punkt ist von ausschlaggebender Bedeutung. Auch ist der Wäschebetrieb in eigener Verwaltung für das Krankenhaus entschieden billiger als die anderen Arten. Zwar die Kosten sind recht hoch. Die Apparate, die Herstellung der Räume, die Anstellung des Personals, sein Lohn und Unterhalt, ferner die Reinigungsmittel (Seife, Soda, Wasser, Desinficientien) machen zusammen einen ganz bedeutenden Posten im Haushalt aus.

Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir folgende Durchschnittszahlen für die Benutzungsdauer der reinen Wäsche geben. Sie sind durch die Zusammenstellung der Zahlen aus verschiedenen Jahresberichten von Krankenhäusern gewonnen.

Es werden gewechselt:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Die Hemden | im Durchschnitt | jeden | 3,5.—4. Tag |
| 2. „ Bettlaken | „ | „ | 6,5.—7. „ |
| 3. „ Kopfkissenbezüge | „ | „ | 6. —7. „ |
| 4. „ Zudeckbezüge | „ | „ | 5. —6. „ |

Die Erfahrung hat gelehrt, dass die Wäsche sehr viel mehr abgenutzt wird, wenn viel Schwerkranke zu verpflegen sind, als wenn es sich um Leichtkranke und ausser Bett befindliche Kranke handelt. Es ist das ja nicht auffallend, da im ersteren Falle von den Bettlägerigen mehr Wäsche beschmutzt wird, und so die Reinigung öfter nothwendig wird. Dadurch wird auch gerade der Posten im Wäschereibetrieb vermehrt, der die gesammten Wäschereikosten besonders erhöht, die Bettwäsche.

Was den nothwendigen Wäschebestand in einem Krankenhause betrifft, so rechnet man für jedes Bett 5 Garnituren, von denen 2 sich auf der Station, 1 in der Wäscherei und 2 im Wäschemagazin befinden. Jedenfalls wird man mit diesen Mengen auskommen, wenn nicht gar zu viel Verschwendung beim Verbrauch getrieben wird. Dabei ist allerdings auch nur ein 24stündiger Aufenthalt des Wäschestückes in der Wäscherei bis zur Wiederausgabe berechnet. Bei der Wäsche der Infectionsabtheilungen und bei stark blutiger Wäsche rechnet man wegen längeren Verweilens in der Vorspülung — mit Lauge — ungefähr 36 Stunden von der Ablieferung bis zur Ausgabe eines Stückes.

Zweckmässiger Weise bringt man Wäscheeinrichtung (Personal, Leistungsfähigkeit der Apparate, Wasser u. s. w.) und Wäscheverbrauch (Wäschewechsel, Wäscheausgabe) in eine rechnerisch festzustellende Beziehung zu einander. Die Leistungsfähigkeit der Waschküche muss so ausreichend sein, dass eine bestimmte, pro Tag und Kopfanzahl berech-

nete Wäschemenge bewältigt werden kann. Andernfalls muss durch Neuanschaffung von Maschinen oder durch Mehranstellung von Personal das Missverhältniss aufgehoben werden; jedenfalls sollte der Wäschebestand und der Wäschewechsel nicht unter gewisse oben angedeutete Normzahlen sinken[1]).

Was die Reinigung der Kleider und der Wäsche der Angestellten und im Hause wohnenden Personen betrifft, so soll die Verwaltung diese mit waschen und besorgen lassen. So kann man am ehesten die dringend wünschenswerthe, bis in die untersten Kleidungsstücke gehende Sauberkeit bei den Angestellten erzielen. Und die Verwaltung hat die Verpflichtung, den Reinlichkeitssinn des Personales in jeder Weise zu fördern.

Von den im Krankenhaus angestellten Personen wird meist nur dem Pflegepersonal und den Hausdienern die Bekleidung geliefert und von den Waschstücken nur einzelnes. Im grossen Leipziger Krankenhaus z. B. bekommt die eintretende Pflegerin 2 fertige Kleider, ein besseres und ein schlechteres; ausserdem wird ihr sogleich zu einem dritten neuen Maass genommen, das also das beste, die erste Garnitur darstellt. Dazu erhält sie 3 weisse und 4 blaue Schürzen und 2 Pflegerinnenhäubchen. Alle übrigen Bekleidungsgegenstände hat sie selbst mitzubringen. Dem Hausdiener werden bei seinem Dienstantritte 6 Anzüge geliefert, 3 aus Tuch, 3 aus Drillich verfertigte. Dazu erhält er 6 Schürzen und 3 Mützen.

Zweckmässigerweise sollten alle im Krankenhause angestellten und mit den Kranken in Berührung kommenden Personen besondere Anzüge oder wenigstens lange Mäntel erhalten. Eine Verschleppung von Krankheiten im Krankenhause selbst oder auf die Angehörigen der Beamten ist sonst gar zu leicht möglich.

## Das Beköstigungswesen.

Nicht geringe Schwierigkeiten werden der Verwaltung gerade durch die Beköstigungsfragen gemacht; sicher lässt sich mit Recht der Satz aufstellen, dass über nichts so viel in Krankenhäusern geklagt wird als über die Ernährung.

Aus diesem wichtigen Capitel der Bespeisung der Krankenhausinsassen sollen hier nicht die Grundsätze der Ernährung kranker und gesunder Personen besprochen werden, sondern vielmehr die wirthschaftlichen Einrichtungen auf diesem Gebiete, die Beschaffung der Nahrungsmittel, die Ermittelung des Bedarfes, die Vertheilung der Speisen und ähnliches.

Zweifellos ist die Uebernahme des Beköstigungs- und Küchenbetriebes in eigene Verwaltung einem Krankenhause mehr zu empfehlen als die

---

[1]) Man nimmt die Gebrauchszeit für ein Stück Wäsche auf ungefähr 5—6 Jahre an, wenn es nicht zu schlecht behandelt wird.

Vergebung in „Regie", mag diese von Privatpersonen oder von einer Schwesterschaft geleitet werden. Denn die Schwierigkeit der Abstellung von Nachtheilen und andererseits die reichliche Gelegenheit zu Reibereien und Klagen aller Art, lässt die Besorgung der Küchengeschäfte durch nicht direct der Verwaltung untergebene Personen als die ungünstigere ohne weiteres erscheinen.

Eine zweite nicht unwichtigere Forderung möge gleich hier Erörterung finden, die, so selbstverständlich ihre Erfüllung erscheint, doch ausgesprochen werden muss. Im Krankenhaus darf nur in der Küche gekocht werden; die Zubereitung von Speisen auf den Abtheilungen ist streng zu verbieten. Diese Forderung wird nothwendig, wenn man bedenkt, dass der Speisegeruch von den Kranken ferngehalten werden muss, ferner, dass bei der Erlaubniss, auf den Abtheilungen zu kochen, die Herstellung verbotener und schädlicher Speisen erleichtert ist. Zur Erwärmung von Umschlägen und bei den Maassnahmen der Krankenpflege reicht die Theeküche völlig aus, welche mit Heisswasserröhren, aber nicht mit einer Feuerungsstelle versehen sein soll.

Wenn wir nun zunächst zu der Beschaffung des täglichen und jährlichen Nahrungsmittelbedarfes für das Krankenhaus übergehen, so muss der Einkauf dieser Mittel zu Engrospreisen gefordert werden. Diese Unabhängigkeit von den wechselnden Marktpreisen ist nicht unwichtig und kann sehr wohl zur Verbilligung des Betriebes ausgenutzt werden. Aus den Voranschlägen der vermuthlichen Krankenhausfrequenz, der sicheren Zahl der Angestellten, der Beamten, der Aerzte u. s. w. kann der voraussichtliche Verbrauch an Nahrungsmitteln im Etatsjahr gewonnen werden. Die gewöhnlicher Weise und täglich in Betracht kommenden Nahrungsmittel sind durch eine festgelegte Speiseordnung bestimmt. Auch die erlaubten und möglichen Verschreibungen an Extrabeköstigungsmitteln sind durch eine bestimmte Ordnung vorgesehen.

Also die Lieferung dieser nothwendigen Menge an Nahrungsmitteln wird durch Submission an Händler verdingt. Wir erwähnten schon oben einmal, dass wir die Gewinnung an Gemüse, Eiern, Milch und anderen im landwirthschaftlichen Betrieb zu erhaltenden Nahrungsmitteln für eine Krankenhausverwaltung nicht befürworten; ebenso wenig können wir der Selbstbereitung von Fleisch und Fleischproducten durch Hausschlachtungen, Räuchern das Wort reden. Allein die Brotbäckerei könnte hier eine Ausnahme machen und macht sie in der That vielerorts. Das hängt wohl mit der Verbilligung und mit der Gewähr der gleichmässigen und guten Beschaffenheit dieses Nahrungsmittels im eigenen Betrieb unter eigener Aufsicht zusammen.

An guten Vorrathsräumen für die Kochzuthaten, für die Nahrungsmittel, wie Milch u. s. w. darf kein Mangel sein. Besondere Erwähnung verdient wegen der hohen Kosten der Wein- und Bierkeller, in dem aber gleichfalls durch Selbstabziehen und Verschänken aus dem Fass manche Mark gespart werden kann.

Man sorge für eine gute Küchenleitung; eine erfahrene und gebildete Person muss sie innehaben, die nicht nur mit möglichst geringem Aufwand, sondern auch mit Verständniss für Krankheiten und für Kranke und mit Liebe für sie kocht.

Es macht ja theoretisch und praktisch grosse Schwierigkeiten eine für so ungleichartige Individuen passende Beköstigung in einem Krankenhaus zu schaffen. Dies hat Hitzig in seinem trefflichen Buche über die Kostordnung der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Halle-Wittenberg mit voller Berechtigung betont. Mit dieser Schwierigkeit kämpfen alle Kostordnungen; es handelt sich eben um „unter den verschiedensten Ernährungs- und Körperzuständen stehende Menschen, die einen innerhalb weiter Grenzen schwankenden Eiweiss- und Fettverbrauch haben; insofern weiter durch manche Krankheiten sowohl der Appetit und die Nahrugsaufnahme beeinträchtigt, als die Verwerthung der Nahrung im Darm geschädigt wird, andererseits aber auch wegen der Empfindlichkeit und leichten Vulnerabilität des Darmkanales die qualitative Zusammensetzung der Nahrung ausserordentlich achtsam geregelt werden muss, dergestalt, dass alle cellulosehaltigen Nahrungsmittel und die derbconsistente Zubereitung ausgeschlossen bleiben" (J. Munk). Die Reconvalescenten von schweren Krankheiten müssen anders ernährt werden als ein Kranker mit einem einfachen Knochenbruch: daher ist es auch eine wohl überall durchgesetzte Forderung des ärztlichen Krankenhauspersonales die Diätverschreibungen selbst vorzunehmen. Aus den nur kurz gestreiften Gesichtspunkten geht auch hervor, dass dem verordnenden Arzte einmal die Verpflichtung obliegt, sich an festgestellte Speiseordnungen und gewisse Kostformen zu halten, andererseits ihm aber die grösstmögliche Freiheit, in diesen zu schalten, erhalten bleiben muss. Er muss eine möglichst individualisirende diätetische Behandlung durchzuführen lernen, aber nur insoweit die „Aufstellung einer feststehenden beschränkten Zahl von Kostformen" und Nahrungsmitteln diese Bespeisung „à la carte" (wie Munk es nennt) zulässt.

Es soll hier aber in die Erörterung der Beschaffenheit der Kostformen nicht eingetreten werden, sondern nur die Nothwendigkeit dieser Einrichtung aus Verwaltungsrücksichten dargethan werden. Die Kostformen sollen nicht zu verwickelt und zu zahlreich sein. Im allgemeinen kommt man mit 4 Formen aus:

Form I. Für schwer Fiebernde: nur flüssige Nahrung enthaltend.

Form II. Für leicht Fiebernde und Kranke mit leichten Verdauungsstörungen: flüssige Nahrung mit etwas Fleisch und leichtem Gemüse.

Form III. Für Genesende: leichte, gemischte Nahrung enthaltend.

Form IV. Für Kranke mit gesunder Verdauung, äusserlich Kranke etc.: gewöhnliche Hausmannskost enthaltend.

Daneben sind Extrazulagen zu allen 4 Formen gestattet; aber auch diese nur nach Maassgabe einer bestimmten Aufstellung und in einer beschränkten Anzahl.

Für die Kinder, wie für die Privatabtheilung gelten besondere Kostordnungen, die aber möglichst nahe Verbindung mit den allgemeinen Kostformbestimmungen einhalten sollen.

Damit die Bespeisung der Krankenhausinsassen in geordneter Weise vor sich geht, muss eine Kostordnung aufgestellt sein, die die Bestimmungen über die Zahl der Mahlzeiten am Tage, die Grösse der Einzelportionen, den Inhalt der genannten Kostformen und die Möglichkeit der Zusätze und Extraverschreibungen genau regelt. Nach dieser haben sich die verschreibenden Aerzte ebenso wie die Kranken zu richten. Bei Klagen über die Bespeisung geht man auf die Bestimmungen dieser Ordnung zurück. Es ist darum zweckmässig, diese Kostordnungen in allen Krankenabtheilungen deutlich für die Kranken und das Personal sichtbar aufzuhängen.

Damit ferner die Einheitlichkeit — wenigstens innerhalb der Kostformen — bei der Bespeisung der grösseren oder kleineren Menschenzahl verbürgt ist, wird ferner für jede Woche ein Speisezettel ausgegeben, der die an jedem Tage und in jeder Kostform gekochten und vorhandenen Speisen, das Menu, enthält.

Dieser von der Küchenleitung schon einige Tage vor dem Wochenbeginn aufgestellte Speisezettel wird dem Chefarzt zur Begutachtung und Unterschrift vorgelegt, dann in hectographischer Vervielfältigung ebenfalls auf den Stationen verheilt.

So kennt nun jeder Kranke und jeder Arzt die Speisen, welche in der bestimmten verordneten Kostform in Betracht kommen. Die Kostverschreibungen giebt der Stationsarzt in dem „Kosthauptbuch", so weit sie die Kostform und in einem Kostzusatzbuch, so weit sie die Zusätze betreffen. Die Verschreibungen der Kostform sollen möglichst lange gelten, die der Zusätze können ohne allzuviel Arbeit und Schreiberei zu verursachen, leichter gewechselt werden. Immerhin empfiehlt sich natürlich möglichste Beständigkeit der Kostverordnungen.

In die genannten Bücher werden die Kostverordnungen für die dauernd auf der Station befindlichen Kranken gegeben und zwar gelten sie vom folgenden Tage an; für die am Tage neu aufgenommenen Kranken werden nach Abgabe jener Bücher an die Verwaltung Kostverordnungen in einem Kostbeibuch vermerkt; erst am nächsten Tage kommen die Verordnungen dann in das Kosthauptbuch.

Diese Kostbücher gehen bis zu einer bestimmten Stunde des Vormittags zur Verwaltung und zwar an den Theil derselben, der Kostexpedition oder ähnlich benannt wird. Hier werden die Verordnungen in Listen zusammengestellt und aus ihnen der Kostbedarf für das ganze Krankenhaus berechnet. An die Küchenverwaltung geht im Laufe des Nachmittags die Notiz über diesen nun bekannten Gesammtbedarf des folgenden Tages und ferner die für jede einzelne Krankenabtheilung

nothwendige Menge von Kostformen und Zusätzen. Es kann die Küchenverwaltung also einmal für den nächsten Tag ihren Gesammtbedarf an Nahrungsmitteln bestellen und zweitens am nächsten Tage jeder Abtheilung die verordnete Menge zutheilen. Die Art der Nahrungsmittel in der einzelnen Kostform ist schon aus dem Wochenspeisezettel bekannt, und so hat die Küche von einem Tag zum andern ja nur die Menge des Nothwendigen zu besorgen.

„Extraverordnungen", d. h. solche Verordnungen, die sich auf nicht in der Kost- und Zusatzkostordnung befindliche Speisen erstrecken, werden von der Küchenverwaltung nur nach gegebener Erlaubniss des Chefarztes verabfolgt; desgleichen die etwa ausnahmsweise nothwendige Beköstigung ausserhalb der Kostordnung und ausserhalb der Kostformen. Eine solche Befreiung muss der Assistenzarzt für Zuckerkranke und ähnliche Kranke bei seinem Chefarzt erwirken. Es empfiehlt sich aber, auch für derartige Kranke gewisse Schemata der Beköstigung einzuführen. In Dingen des Betriebes grosser Anstalten ist das Bestreben nach einfachen Formen stets zu unterstützen; auch die Beköstigungseinrichtungen dürfen weder materiell noch formell mit Schwierigkeiten verknüpft sein. Mangel an Einfachheit ist der Zerstörer der Disciplin, sagt Miss Nithingale.

Damit die Ansprüche auf der Privatkrankenabtheilung einmal berücksichtigt werden können und andererseits keine Störungen im Küchenbetrieb hervorrufen, empfiehlt sich, besonders in grösseren Anstalten, die Anstellung einer besonderen Köchin allein für diese Abtheilung, sogar auch mit eigener Küche. Gerade die besser gestellten und verwöhnten Privatkranken suchen besonders bei Stoffwechselerkrankungen nicht so selten das Krankenhaus auf; bei richtiger Handhabung kann die Privatabtheilung für das Haus eine nicht wenig einträgliche Quelle werden.

Was die Versorgung der Abtheilungen mit den fertiggestellten Speisen betrifft, so soll die Ausgabe in einem besonders abgetrennten Küchenraum, dem Ausgaberaum erfolgen; höchst wünschenswerth ist, dass der Transport der Speisen durch besondere Angestellte, nur ausnahmsweise durch Pflegerinnen und gar nicht durch Kranke erfolge. Bei nur einigermaassen grösseren Raumverhältnissen einer Anstalt ist vor allem die Abkühlung der Speisen beim Transport ein Umstand, der genauer Ueberwachung bedarf. Es genügt unter derartigen Verhältnissen, auch zur Sommerzeit, nicht, die Speisen in verschlossenen Menagen aus verzinntem Kupfer oder anderem Material, durch Hausdiener austragen zu lassen; beim Einfüllen, Warten auf das Personal, bei der Beförderung selbst, beim Vertheilen auf der Station geht soviel Wärme verloren, dass Klagen über zu kalttemperirte Nahrung dem Assistenzarzte immer wieder vorgebracht werden. Der Abkühlung unterliegen vor allem die für den Einzelnen abgetheilt zum Transport kommenden Speisen, also Fleisch, viel eher, als die in Stationsportionen zum Austrag kommenden Speisen wie Gemüse und Suppen. Die letzteren brauchen auch gar keiner besonderen Schutzvorrichtung gegen das genannte Uebel, wenn der Speisen-

transport in 2rädrigen Handkarren erfolgt, wie es in Deutschland nach Hamburg-Eppendorfer Muster auch immer mehr Gewohnheit wird. Zweckmässig versieht man jede Station mit numerirten Gefässen, welche von dem Stationspersonal gereinigt, zu einer bestimmten Stunde von den Speisetransporteuren wieder abgeholt werden.

Was die Frage der „Portionirung" der Speisen anlangt, so kann diese entweder in der Küche oder erst auf der Station vorgenommen werden. Bei weniger kostspieligen Nahrungsmitteln, wie die gewöhnlichen Suppen, Gemüse, Saucen sind, übergiebt man in vielen Krankenhäusern die Zerlegung in einzelne Krankenportionen der ersten Abtheilungspflegerin und liefert der einzelnen Abtheilung die ganze Menge dieser Speisen ungetheilt. Bei dem theueren Fleisch wird die Zerlegung in die verschriebenen Portionen meist schon in der Küche vorgenommen, sehr zum Nachtheil der Schmackhaftigkeit und, bei mangelnden Wärmeeinrichtungen während des Transportes, auch der Wärme. Sache der Pflegerin ist dann, dass jeder Kranke die richtige Menge Fleisch erhält. Unfraglich entstehen wegen der Grösse der Fleischportionen am allerersten Klagen. Uns scheint, dass die Zerlegung in der Küche doch das kleinere Uebel darstellt, da man die Lieferung einzelner Braten an die einzelnen Stationen aus finanziellen Gründen nicht durchführen kann.

Der gewöhnliche Mensch wird durch nichts mehr verstimmt als durch zu klein ausgefallene Portionen der ihm verordneten Speisen, und die Verwaltung sollte immer wieder auf diesen Punkt ihr Augenmerk richten. Es ist nur vorsorglich und beugt den unausbleiblichen Conflicten mit den Kranken am allerersten vor, wenn alles Stationsgeschirr für flüssige und breiartige Speisen mit deutlich sichtbaren Aichstrichen versehen und die Station mit einer kleinen einfachen Handwaage ausgerüstet ist. Die Portionirung wird durch die Aichung entschieden erleichtert und die Waage kann dem Zweifel am Gewichte fester Nahrungsmittel am allerersten begegnen. Für die Beurtheilung der Beschaffenheit der Speisen hilft Nase, Zunge und Auge.

Bei Beschwerden über die Beschaffenheit sollen von den beschwerdeführenden Kranken die beanstandeten Speisen der Pflegerin und durch diese dem Stationsarzt ungesäumt übergeben werden. Dieser giebt eine schriftliche Beschwerde an die Verwaltung weiter, die nach Prüfung der Sachlage im geeigneten Falle sofort, noch zu derselben Mahlzeit, Aushilfe schaffen muss. Ohne Vorlegung der beanstandeten Speise gilt jede Beschwerde als unbegründet.

Sehr empfehlenswerth sind häufige, ja tägliche Revisionen der Speisen durch einen besonderen Beamten oder den Oberinspector, und auch sehr zweckmässig erfolgt sie durch den vom Stationsarzt selbst wenigstens bei der Mittagsmahlzeit. Natürlich sollen sie erst auf der Station selbst, nicht etwa in der Küche oder an einer der Familie des Oberinspectors übersandten ausgesuchten Portion erfolgen.

Das Einnehmen der Mahlzeiten soll von den ausser Bett befindlichen Kranken am besten im Tagesraum, dem am Barackensaal angebauten

hellen Raum geschehen; nur die bettlägerigen Kranken erhalten die Teller und Schüsseln mit den Speisen, nebst dem nothwendigen Besteck, auf Essbrettern. Die Ordnung und Vertheilung ist durch diese Art am besten durchzuführen und die schweren Kranken werden am wenigsten belästigt.

Es würde die Arbeit wesentlich erweitern, wenn hier über die Beschaffenheit und Zahl des Essgeschirres, über den Ersatz desselben beim Zerbrechen und ähnliches abgehandelt werden würde. Wir unterlassen dies und greifen nur einige wenige uns wichtiger erscheinende Punkte besonders heraus.

Essvorräthe sollen auf den Abtheilungen nicht gehalten werden; am ehesten wäre dies noch für die nothwendige Tagesmenge an Brot und Semmeln gestattet. Am besten unterbleibt aber auch dies.

Die Speiseabfälle werden auf der Station in Behältern gesammelt und sobald als möglich nach Beendigung der Mahlzeiten, wenigstens 2mal am Tage, abgeholt. Aus dem Verkauf dieser Abfälle an einen Schweinezüchter lässt sich ein nicht unbedeutendes Geld herauswirthschaften. — Ueber das Hereinbringen von Esswaaren in die Krankenabtheilungen haben wir schon oben gesprochen.

Mit zwei Worten möchten wir noch eine Einrichtung besprechen, deren practische Bedeutung wir vertreten; sie betrifft eine Cantine für die Kranken. Es ist leichteren Kranken mit Recht nicht zu verwehren, sich, wenn ihre Mittel es erlauben, gelegentlich während der Krankheit im Essen und Trinken mit ärztlichem Einverständniss etwas mehr zu gönnen, als die Krankenküche giebt und geben kann. Jedenfalls sucht sich der Kranke eines jeden Krankenhauses in irgend einer heimlichen Art und Weise neben den gebotenen Genüssen noch andere zu verschaffen. Um diese Gelüste nun in geordneter und controlirter Weise und durch garantirt gute und zuträgliche Nahrungs- und Genussmittel zu befriedigen, dient die Einrichtung der Cantine. Von der Krankenhausverwaltung bewirthschaftet, einem zuverlässigen Beamten unterstellt, giebt sie nur den Kranken Speisen und Getränke gegen Bezahlung ab, welche eine vom Stationsarzte unterschriebene und auf ein bestimmtes Nahrungs- und Genussmittel lautende Bescheinigung vorzeigen.

Was die Bespeisung des Personales, der Aerzte, der oberen Verwaltungsbeamten, Apotheker, sowie der Privatkranken betrifft, so geschieht sie meist auf Grund besonderer Kostverordnungen.

## Aufnahme und Entlassung.

Um im Krankenhause Aufnahme zu finden, bedarf es einerseits des Nachweises der in einem Krankheitszustand bedingten Nothwendigkeit und andererseits des Nachweises der Begleichung der entstehenden Kosten.

Was nun letzteren Punkt anlangt, so sind wir bei unserer Auffassung eines allgemeinen Krankenhauses als einer im Interesse der allgemeinen öffentlichen Gesundheits- und Krankenpflege gegründeten und von weit-

herzigen socialen Gesichtspunkten geleiteten Anstalt, zwar der Meinung, ihn bei der Entscheidung über die Aufnahme eines Kranken nicht zu sehr zu bevorzugen; immerhin darf er andrerseits nicht völlig vernachlässigt werden. Bei unsern heutigen, gerade im Punkte der Krankenpflege ausgebildeten socialen Einrichtungen ist die früher im Vordergrunde stehende Frage der Kostenverrechnung und -eintreibung bei der Aufnahme Kranker zum grössten Theil gelöst; nur bei einem kleinen, und jährlich immer kleiner werdenden Theil von Aufnahmegesuchen in allgemeine Krankenhäuser wird diese Frage von entscheidender Bedeutung. Die Krankenkassenzugehörigkeit, die Verpflichtung der zuständigen Gemeinde oder der in Frage kommenden provinzialen Behörde, Krankenversicherungen, ferner eigene Mittel, endlich auch Freistellen und Unterstützungseinrichtungen anderer Art sprechen heutzutage bei der Aufnahme viel mehr und bedeutungsvoller mit als früher. Bei unserm verfeinerten socialen Gewissen werden wir auch bei den Kranken, die gerade die ärmsten und vom Geschick am erbarmungslosesten behandelten sind, die Aufnahme befürworten, wenn nur ein gewisser Schein von Kränklichkeit und Krankenhausbedürftigkeit vorliegt, und so die christliche oder sociale Barmherzigkeit über den starren Actenformalismus siegen lassen.

In dem Aufnahmebureau zerfällt die Thätigkeit in eine administrative und in eine ärztliche.

Ein administrativer Beamter stellt die Personalien des Aufzunehmenden fest, seine Kassenzugehörigkeit, seine Vermögensverhältnisse etc. Das sollte mit Takt geschehen und nicht im Beisein vieler anderer Aufnahmesuchender. Darunter leidet unter anderem die Wahrheit der Angaben.

Auch wenn sich die Zahlungsunfähigkeit oder eine Unregelmässigin den Papieren herausstellt, soll der aufnahmesuchende Kranke nicht abgewiesen werden, ohne dass der Aufnahmearzt ihn zuvor gesehen hat.

Der Aufnahmearzt — der Aufnahmedienst von 24stündiger Dauer geht in regelmässiger Weise unter den Assistenzärzten um — entscheidet auf Grund einer körperlicher Untersuchung, ob ein die Krankenhausbehandlung oder -pflege erheischender Erkrankungszustand vorliegt. Ist das letztere der Fall, so sollte der Kranke Aufnahme finden, auch wenn die Zahlungsbedingungen nicht klar liegen. Wirklich Kranke aus Verwaltungsrücksichten abzuweisen, ist nicht erlaubt; es müsste denn sein, dass das Krankenhaus überfüllt ist. Allein wir halten es auch für die Aufgabe einer geordneten Verwaltung, im Krankenhause immer Plätze offen zu halten, wenn nicht die Zeit einer Epidemie alle Berechnungen zu Schanden macht.

Die Ergebnisse der Untersuchung des Arztes wie des Verwaltungsbeamten werden schriftlich festgestellt, insbesondere auch die Gründe für die Abweisung in das Protokoll aufgenommen.

Es ist nur zweckmässig, um unnützen Weiterungen und Schreibereien zu begegnen, dass von Zeit zu Zeit in den Blättern der Stadt oder der Provinz die Aufnahmebedingungen, die täglichen Verpflegesätze und

ähnliches bei der Aufnahme von Kranken in Betracht kommende Material bekannt gegeben wird. Hierhin gehört auch die Angabe der Aufnahmezeiten, für welche wir im Interesse einer geregelten Hausarbeit, der ärztlichen Thätigkeit auf den Stationen eingenommen sind. Selbstverständlich werden dringende Fälle zu jeder Zeit Aufnahme finden.

Im Charakter eines allgemeinen Krankenhauses liegt die Verpflichtung, Kranke aller Art aufzunehmen; immerhin haben viele Anstalten allgemeinen Charakters auch Aufnahmebeschränkungen, z. B. Geschlechts- und Geisteskranken gegenüber.

In den meisten Krankenhäusern erfolgen die Aufnahmen in eine von 3 Klassen:

Klasse I giebt ein besonderes Zimmer mit einem Bett.
Klasse II giebt in einem Zimmer 2, 3 oder 4 Betten.
Klasse III verpflegt die Kranken in den Sälen.

Nach diesen Klassen richtet sich der Verpflegepreis, der ebenfalls in 3 Höhen festgesetzt ist.

Die Kinder unter 12—14 Jahren sollten nach einem besonderen Tarif aufgenommen und verpflegt werden. Es besteht nicht selten für chirurgisch Kranke der I. Klasse die Verpflichtung, Verbandzeug, Operationen etc. besonders zu honoriren.

Meist sind, wenn nicht eine schriftliche Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse, einer Armenverwaltung oder einer Behörde beigebracht wird, die Verpflegkosten für 1 Monat im Voraus zu bezahlen. Diese Vorausbezahlung ist bei längerer Dauer der Krankheit entsprechend zu wiederholen; bei kürzerer Dauer der Krankheit wird bei der Entlassung des Kranken das zu viel Eingezahlte zurückerstattet.

Wir haben schon oben gefordert, dass hilfsbedürftige Personen, deren Zustand die Zurückweisung ohne Gefahr für ihr Leben nicht gestattet, ohne Nachweis der Berechtigung zur Aufnahme kommen. Es sollen überhaupt alle Schwierigkeiten bei der Aufnahme vermieden werden, damit das Vertrauen der Bevölkerung gewonnen wird. Aus diesem gleichen Grunde halten wir auch Rubner's Vorschlag für richtig, dass wegen des schwer empfundenen Uebelstandes einer eventuellen Abweisung aus dem Krankenhaus wegen Platzmangel, Ungeeignetsein der Krankheit etc. und andererseits bei der meist grossen Entfernung des Krankenhauses von der Wohnung des Kranken in der ganzen Stadt oder wenigstens in dem der Anstalt entferntesten Stadttheil Meldestationen errichtet werden. Bei der Entwickelung des Samariterwesens in grossen Städten haben die Stationen dieser Gattung dies Amt der Meldestationen übernommen oder könnten es leicht übernehmen.

Es handelt sich um die Einrichtung weniger Zimmer mit ständig anwesender ärztlicher Hilfe, Stationirung von Krankentransporteuren, telephonischer Verbindung mit dem Krankenhause etc. Von diesem empfängt die Meldestation täglich die Meldung der Zahl der freien Betten. Es soll in dieser Meldestation die Untersuchung vorgenommen,

ob Aufnahme in das allgemeine Krankenhaus nothwendig oder ob specielle Krankenhäuser anzurufen seien, ob eine Operation nöthig, ob sie schnell zu machen ist und ähnliches. Auch kann die Station den Krankentransport übernehmen oder den Krankenhauswagen zum Transport bestellen. Weiterhin soll nach Rubner diese Meldestation im Interesse der Kranken ausgenutzt werden, um Anfragen ihrer Verwandten zu besorgen, vielleicht bezüglich der Besuchsfähigkeit, des Zustandes nach Operationen, Krisen u. s. w. So sollen die Härten der aus Verwaltungsrücksichten nothwendigen Einschränkungen im Verkehr der Kranken und ihrer Angehörigen gemindert werden. Dass durch sie auch die Aufnahmemaassregeln vereinfacht werden, welche von unverständigen und nur Verwaltungszwecke verfolgenden Beamten vorgenommen, nicht geringe körperliche, geistige und seelische Anforderungen an die Aufzunehmenden stellen und sie recht erschöpfen können, ist ebenfalls nur wünschenswerth.

Im Krankentransport zum Krankenhause hin bleibt gegenüber heut bestehenden Einrichtungen manches in Deutschland zu erstreben, dessen Durchführbarkeit und Vortheile George Meyer in den Beschreibungen Englischer Verhältnisse uns gelehrt hat. Aber dieses Krankentransportwesen findet an anderer Stelle dieses Werkes seine berechtigte Schilderung und soll hier übergangen werden.

Bei der Krankenvertheilung in der Anstalt gilt als Hauptgrundsatz durchzuführen, einmal die Vermeidung einer Ueberfüllung der Baracken mit den nachtheiligen Folgen und andrerseits die gehörige Absonderung der verschiedenen Krankengruppen von einander. Besonders um der letztgenannten Forderung nachzukommen, aber auch wegen des Vortheiles der ungestörten Stationsarbeit ist die Errichtung einer Aufnahmeabtheilung sehr werthvoll. Nach den Formalitäten der Aufnahme werden alle Kranken, die nicht ansteckend erscheinen und nicht sofortiger chirurgischer Eingriffe bedürfen, in diese Aufnahmeabtheilung gelegt, hier in Musse auf Grund näherer Untersuchung gesondert und dann zu bestimmten Tagestunden auf die Abtheilungen vertheilt oder entlassen. Zur Durchführung einer gleichmässen Vertheilung an die einzelnen Abtheilungen wird an jedem Tage zu einer bestimmten Zeit die Zahl der nicht belegten Betten an die Aufnahmestation, oder das Aufnahmebureau gemeldet. Die Vertheilung muss nach einem gewissen Turnus geregelt werden.

Was die Unterbringung kranker Strafgefangener betrifft, so kann die Verwaltung nur bis zu einem gewissen Grade das Nichtentweichen verbürgen; jedenfalls soll sie sich nicht all zu sehr in diesem Punkte binden lassen. Ihr kann an dem Charakter eines Gefängnisses ganz und gar nichts liegen; gerade das Gegentheil ist der Fall. Was die Unterkunft dieser Gruppe von Kranken und ähnlich in der öffentlichen Meinung sich stellenden Personen betrifft, so werden bei schweren und tödtlich Kranken am besten keine feinen Unterscheidungen beim Vertheilen gemacht: nicht nur der Tod macht gleich, sondern auch tödtliche Erkrankungen. Bei leichteren Erkrankungen mag man blosgestellte

Personen (alte Zuchthäusler, öffentliche Dirnen etc.) in Zimmer und Abtheilungen legen, in der sich ältere Kranke befinden. So wird man am ehesten — wenn völlige Absperrung aus irgend einem Grunde unmöglich ist — den schlechten Einfluss der Anstosserregenden auf die Umgebung vermeiden. Nie darf aber die Pflege selbst dabei leiden.

Es ist hier vielleicht daran zu erinnern, dass auch in allgemeinen Krankenhäusern ein Platz zur zeitweiligen Versorgung acuter oder chronischer Geisteskranker eingerichtet sein muss.

Mit dem Krankenhaus eine Poliklinik zu verbinden, um hier die leichten, nicht der Krankenhausbehandlung, aber doch ärztlicher Hilfe bedürftigen Kranken zu behandeln, hat sich recht bewährt. Insonderheit trägt sie zur Entlastung der chirurgischen, dermatologischen und gynäkologischen Abtheilung bei. Sie wirkt aber auch entlastend bei der Krankenentlassung, indem sie die Beobachtung und ambulante Behandlung der Reconvalescenten, die vor der vollendeten Heilung entlassen werden müssen, um Schwerkranken Platz zu machen, gestattet. Vor allem kann von einer solchen poliklinischen Abtheilung auch für Sieche, dauernd Verpflegungs- und Unterstützungsbedürftige bis zur anderweitigen Unterbringung in Armen- und Siechenversorgung Sorge getragen werden.

Nach Erledigung der Aufnahmeformalitäten wird, wenigstens der Regel nach und wenn keine ärztlichen Bedenken geäussert sind, jeder Kranke gebadet und mit der Anstaltskleidung versehen. Darnach wird er in zweckmässiger Weise in die Aufnahmestation oder in die endgültig ihm zugewiesene Station verbracht.

Die abgelegten Kleider der Aufgenommenen werden in der Desinfectionsanstalt desinficirt, gereinigt, eventuell ausgebessert; dann in der Kleiderkammer numerirt und mit dem Namen des Kranken versehen. Einen seine Kleider und Werthsachen bezeichnenden und von ihm unterschriebenen „Kleiderschein“ erhält jeder Kranke; er kann ihn auf die Abtheilung mitnehmen oder der Stationspflegerin zur Verwahrung übergeben. Mehr als einen kleinen Geldbetrag mit auf die Station zu nehmen, ist aus naheliegenden Gründen verboten.

Bei bewusstlos eingelieferten Kranken werden den Kleidern die Werthsachen, Geldbeträge, Papiere in Gegenwart eines Verwandten oder eines zweiten Anstaltsbeamten entnommen und gegen einen Schein verwahrt.

Der Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhause soll allein von dem ärztlichen Urtheil abhängig gemacht werden; auch die Entfernungen aus Gründen der Disciplin, bei Verstössen gegen die Hausordnung, bei Ungehorsam gegen Beamte, Pflegerin und Arzt erfolgen nur mit ärztlicher Einwilligung. Natürlich wird kein Versuch, einen widerstrebenden Patienten zu bessern, versäumt werden dürfen. Andererseits gilt als strenger Grundsatz, dass der Hospitalaufenthalt auch nicht um einen Tag länger dauern soll, als es die Behandlung erfordert. Die Vortheile der Kostenverringerung bei der Verwaltung eines so kostspieligen Apparates, wie das Krankenhaus ist, die schnelle Zurückgabe des Genesenen an Familie, Arbeit und Selbstständigkeit sind immer zu erstreben.

Die Entlassungen finden an jedem Wochentag und nur ausnahmsweise an Festtagen statt; meist ist die Entlassungszeit auf den Vormittag gelegt oder auf den Frühnachmittag. Doch soll dem Kranken spätestens am Tage vor der Entlassung, die Absicht, ihn zu entlassen mitgetheilt werden.

Entlassungen gegen den Willen des Kranken sollen ohne Härten geschehen; jedenfalls ohne Abzug der nächsten Mahlzeit. Beim Austreten aus dem Krankenhause gegen den Rath des Arztes soll im Interesse dieses Thatbestandes und zur Vermeidung gerichtlicher Schwierigkeiten ein „Revers“ gefordert werden, in dem der „Austritt auf eigene Verantwortung“ bescheinigt wird.

Die Entlassungsformalitäten sind die, dass vom Assistenzarzt der Name des Kranken, sein Alter, der Eintritts- und Entlassungstag, die Art der Erkrankung und das Behandlungsergebniss, Heilung, Besserung, Arbeitsfähigkeit (völlige, halbe etc.) in ein eigenes Abgangsbuch vermerkt wird; in einer Spalte werden auch Bemerkungen gemacht, ob Entlassung auf eigenen Wunsch u. s. w. erfolgt.

Diese Buchvermerke werden im Verwaltungsbureau notirt. Darnach bekommt der zu Entlassende gegen seinen „Kleiderschein“ seine Kleider zurück. Wegen der Kostenbeitreibung wird das Nothwendige geordnet.

Was Beurlaubungen im Krankenhause befindlicher Kranker anlangt, so sollen sie aus ärztlichen und administrativen Ursachen möglichst beschränkt werden; wir empfehlen mehr die Entlassung des Kranken für einen Tag, als die Beurlaubung, um gegen Ueberraschungen gesichert zu sein. Verwaltung und Aerzte sparen sich so Arbeit und Aerger.

Wir haben schon in den einleitenden Worten unserer Arbeit betont, dass mit der Entlassung der Kranken die Pflege bei einem grossen Theil derselben nicht aufhören darf. Vielmehr muss, wenn irgend möglich, durch Anschluss an andere Einrichtungen staatlicher, communaler oder privater Natur, für die Aermsten gesorgt werden. Es soll auf diese Dinge an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Es soll aber immer wieder daran erinnert werden, dass durch Gewährung einer Unterstützung für die Droschkenheimfahrt oder Bahnfahrt, für die erste Mahlzeit ausserhalb des Hauses oder für das erste Nachtquartier, für Kleidung, für Beschäftigungen, für Heizung und Beleuchtung u. s. w. u. s. w. unendlich viel Gutes auch im kleinen Umfang geschehen kann. All das schafft Anhänglichkeit an das Krankenhaus und Sinn und offene Hände zum Wohlthun. Das Erwünschteste ist natürlich, einen besonderen kleineren oder grösseren Fonds für solche Zwecke zur Verfügung zu haben, aus dem gegen Unterschrift des Oberarztes kleine Beträge verabfolgt werden.

---

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

